



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1014 - Tos y dolor en tórax no siempre es secundario a infección respiratoria

C. Vidal Ribas^a, L. Medrano Llabrés^a, E. Hernandez de León^b, A. Moreno González^a, J.I. Ramírez Manent^a, M. Albaladejo Blanco^a, P. Vidal Leite Morais Vaz^c y J.E. Gomila Jor^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Santa Ponsa. Mallorca. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ponsa. Mallorca. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ponsa. Calvià. Mallorca. ^dMédico de Familia. Centro de Salud S'Escorxador. Palma. Mallorca.

Resumen

Descripción del caso: Motivo de consulta: tos y dolor en hemitórax derecho. Varón, 58 años, acude por tos seca y dolor en hemitórax derecho de 1 semana, punzante, aumenta al toser y la inspiración profunda. Se orienta como faringitis con dolor muscular secundario a tos. Reacude a los 15 días por persistencia, a lo que se suma dolor en hemitórax izquierdo, disnea y sensación distérmica. Ha tomado ibuprofeno sin mejoría. Antecedentes de interés: exfumador desde hace 4 años, DTA 20 paquetes-año. Natural de Rumania, vive en España desde hace 40 años. Hipertensión arterial, cifras habituales 140/80. Dislipemia mixta. Diabetes mellitus tipo II en tratamiento con antidiabético oral. Anemia normocítica-normocrómica. El paciente consultó meses atrás por debilidad, astenia y cefalea, sin pérdida de peso. Se solicitó analítica con hormonas tiroideas, objetivándose únicamente Hb 11,5 mg/dl. A raíz de ello se realizó prueba de sangre oculta en heces, siendo negativa. Se pactó nueva analítica en 3 meses, no se realizó. Tratamiento habitual: amlodipino; lisinopril; metformina; simvastatina-ezetimiba.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física (en segunda consulta). Constantes: TA 171/91, FC 89, SatO₂ 98% (aire ambiente), T 36,2. Mal estado general. Orofaringe: hiperémica, difícil de valorar por lengua de gran tamaño. Cardiológico: rítmico, sin soplos. Respiratorio: crepitantes bilaterales en bases. Pruebas complementarias: ECG: sinusal, FC 98, trastornos de la repolarización en cara anteroseptal y lateral. Gasometría arterial: pH 7,47; PO₂ 81; PCO₂ 32; HCO₃ 23,3; ácido láctico 1,1. Radiografía tórax: sin alteraciones significativas. Analítica: dímero D 261, urea 78, creatinina 3,23 (previa 1,29), calcio 11,4, cloro 113.

Juicio clínico: En un primer momento se cataloga como dolor torácico a filiar (infección respiratoria vs TEP). Debido a ello se solicitan las pruebas anteriormente detalladas. Se llega a las siguientes conclusiones: insuficiencia renal no conocida (probablemente secundaria a AINEs). Hipercalcemia e hipercloremia. Se solicita: ecografía abdominal: esteatosis hepática severa; no se logra detectar flujo en vena porta central. Sedimento: proteínas 70 mg/dl; creatinina 47,7; urea 589; Na 122; K 20. Ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar se decidió tratar con heparina ajustada según función renal. Se ingresa en nefrología; durante dicho ingreso el paciente presenta deterioro de la función renal, con persistencia de hipercalcemia severa. Se sospecha neoplasia hematológica, solicitándose serie ósea, se observa cráneo en "sal y pimienta", sugestivo de mieloma múltiple. Se realiza biopsia renal y de MO, que confirman el diagnóstico de MM con afectación secundaria del riñón (nefropatía por cilindros) y afectación ósea (afectación clavicular, costal, columna vertebral y cráneo). El paciente ha precisado diálisis y en estos momentos está en segunda línea de tratamiento quimioterápico.

Diagnóstico diferencial: Dolor torácico a filiar: infección respiratoria (descartar neumonía). Tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: La anemia normocítica puede ser la primera manifestación de una enfermedad sistémica. Se deben investigar los síntomas inespecíficos como fiebre, pérdida de peso, anorexia y malestar general así como la realización de pruebas que ayuden al diagnóstico. Son de vital importancia parámetros como el hemograma, reticulocitos, perfil férrico o anomalías asociadas a leucocitos y plaquetas. Los pacientes con diagnóstico de anemia normocítica de etiología no filiada ni asociada a patología crónica-inflamatoria, deben remitirse al servicio de Hematología para estudio.