Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1547

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1716 - Doctora, me ahogo

A.M. Moreno Rodríguez[a], C. Naranjo Muñoz[a], M. Pérez Eslava[b], L. Rosano Duarte[c] y J. Naranjo Muñoz[d]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Zahara de los Atunes. Cádiz. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. [d]Médico Residente de 1er año de Nefrología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años que acude a su Médico de Atención Primaria porque desde el día anterior tiene disnea, tos con expectoración asociada, sensación distérmica no termometrada, sudoración y tiritona. Acompañado además de secreciones por oído derecho con acúfenos e hipoacusia y disminución del apetito en los últimos días. No síndrome constitucional, no dolor torácico, no clínica miccional ni intestinal. A la exploración destaca: MEG, hipotensión, taquicardia e hipoventilación con sibilancias en hemitórax izquierdo. Ante la fuerte sospecha de sepsis se deriva a Urgencias Hospitalarias. Tras su llegada al Hospital y realizar las pruebas pertinentes se confirma shock séptico de origen respiratorio y se procede a tratamiento e ingreso en Neumología. Como antecedentes personales: No Ramc, Fumador de 30 cig/día. Criterios clínicos de BC. Trabaja en astilleros. Bebedor moderado. No FRCV. No cirugías previas. No tratamiento crónico habitual.

Exploración y pruebas complementarias: REG, COC, eupneico con GN a 2 lpm con SpO2 96%, Tª: 39 ºC, TA: 70/50 mmHg, FC 110 lpm. ACP: rítmico sin soplos audibles, MV disminuido con sibilancias espiratorias en hemitórax izquierdo y roncus bilaterales. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. MMII: no edemas, ni signos de TVP. Otoscopia: otitis media derecha. ORF: sin hallazgos de interés. No adenopatías. Analítica: HG: Hb 14, leucocitos 5.320 (85% N), plaquetas 183.000. BQ: urea 78, cr 1,3, lactato 25, PCR 290, PCT 6,1. CG: normal. GSV: pH 7,49, pCO2 30, pO2 45, HCO3 22. SO normal. Rx tórax: masa voluminosa mediastínica anterior que

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

impronta sobre hemitórax izquierdo y aumento de densidad en vértice pulmonar derecho. Hemocultivo: neumococo sensible a penicilina. Ag urinario: neumococo positivo. TAC torácico: hallazgos compatibles con neoplasia pulmonar del LSI-língula en estadio T4N2-3M0-1a. PAAF transtorácica guiada por ecografía: células inflamatorias y de otra naturaleza que no se puede precisar. Citología bronquial: sin evidencia de células tumorales. Biopsia bronquial: mucosa edematizada, inflamación mixta y tejido de granulación, sin evidencia de malignidad. TAC torácico de control al mes: comparado con TAC previo, se aprecia desaparición de la condensación del pulmón derecho y las imágenes pseudonodulares del LII compatible con focos neumónicos resueltos. Se aprecia una imagen sugestiva de absceso en el LSI. Se recomienda realización de control evolutivo hasta su resolución.

Juicio clínico: Sepsis grave de origen respiratorio por neumonía neumocócica. Probable absceso en LSI secundario.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia pulmonar, neoplasia mediastínica, insuficiencia cardíaca, EAP, taponamiento cardíaco, cardiopatía isquémica, SDRA, TEP, neumotórax.

Comentario final: El paciente tuvo una evolución favorable, se administró sueroterapia, ceftriaxona, levofloxacino, BD nebulizados, HBPM e IBP y en la actualidad se encuentra en seguimiento por Neumología. La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa en la importancia de establecer una buena comunicación y relación interprofesional para la obtención de un buen diagnóstico, tratamiento y seguimiento, de forma rápida y eficaz. Hay que tener siempre en cuenta hasta el final los posibles diagnósticos diferenciales y su frecuencia de aparición, sin dar por supuesto un diagnóstico hasta no completar el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez García JL, Arévalo Serrano J, et al. Diagnóstico y Tratamiento Médico. GreenBook.

2. http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/tumores-toracios/cancer-de-pulmon

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.