Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1532

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1410 - Dolor torácico: no dejándose llevar por primeras impresiones

S. Vidal Tanaka[a], N. Fernández Sobredo[a], A. Ruíz Álvarez[b], M. Roz Sánchez[c], C.M. Kasteel Martínez[d], N. Núñez Barros[e], N. González García[e], A. Estrada Menéndez[f] y S. Sánchez Canto[g]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. Asturias. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carriona. Avilés. Asturias. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud El Natahoyo. Gijón. [e]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias. [f]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias. [g]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Corvera de Asturias. Avilés.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 34 años sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos que trabaja como peón del metal, no refiere antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni sigue tratamientos crónicos. Consulta a su Médico de Atención Primaria por fiebre y tos de 5 días de evolución pese a toma de antitérmicos y antiinflamatorios, por lo que se inicia tratamiento con azitromicina indicándose que regrese de nuevo si no mejora. Vuelve a consultar 5 días más tarde refiriendo persistencia de la clínica y dolor en hemitórax izquierdo que se incrementa con la inspiración profunda y en la postura de flexión del tronco. Ante esta situación y dados los hallazgos en la exploración física, se decide remitir a Urgencias para completar estudios.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado, colaborador, febril, leve palidez cutánea, buen relleno capilar. Eupneico en reposo. SpO2 basal 98%. No dolor a la palpación en hemitórax izquierdo ni lesiones cutáneas visibles. ORL: faringe eritematosa, no exudados ni hipertrofia de amígdalas. No adenopatías móviles o dolorosas a nivel submandibular, laterocervical o supraclavicular. AC: ruidos cardiacos rítmicos a 120 x&#39 sin soplos ni aparente roce pericárdico. AP: murmullo vesicular conservado con hipofonesis en base izquierda, sin otros ruidos patológicos

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

sobreañadidos. Sin otros hallazgos de interés en abdomen, extremidades inferiores ni a nivel neurológico. Analítica: hemograma con parámetros en rango normal y a destacar de la bioquímica: PCR 6,48, troponina 5, resto de parámetros (glucemia, función renal, hepática, iones, amilasa) normales. Radiografía de tórax: derrame pleural izquierdo, sin otras alteraciones reseñables. ECG: ritmo sinusal a 114 x' sin signos de bloqueo, hipertrofia ni alteraciones de la repolarización.

Juicio clínico: Dolor torácico y síndrome febril asociados a derrame pleural izquierdo de causa a filiar.

Diagnóstico diferencial: Inicialmente la clínica parecía ser sugestiva de una posible pericarditis vírica, pero tras la exploración y las pruebas complementarias se confirma la presencia de un derrame pleural. Se decide ingresar en Neumología, y reinterrogándose en una anamnesis más dirigida el paciente refiere haber estado en contacto con un compañero que padeció tuberculosis hacía 2 años. Se realiza una toracocentesis exploradora obteniéndose un líquido de características bioquímicas de exudado linfocitario y un ADA elevado, por lo que se interpreta como probable tuberculosis pleural iniciándose el tratamiento con buena tolerancia a los fármacos y dándose el alta tras varios días de buena evolución.

Comentario final: Queremos presentar este caso por parecernos interesante para recalcar la importancia del papel del médico de atención primaria a la hora de realizar un seguimiento de sus pacientes ante patologías agudas, no sólo crónicas, dado que en no pocas ocasiones estos cuadros no se presentan con síntomas claros y específicos desde el principio. Por otra parte, aunque parezca obvio, es importante no olvidar que aunque en ocasiones como ésta la anamnesis puede sugerirnos una patología de forma muy clara siempre es fundamental complementarla con la exploración y, de ser necesario, remitir el paciente a Urgencias para completar el estudio con pruebas diagnósticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villena Garrido V, Cases Viedma E, Fernández Villar A, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Actualización. Arch Bronconeumol. 2014;50:235-49.

2. Seferovi¿ PM, Risti¿ AD, Maksimovi¿ R, Simeunovi¿ DS, Milinkovi¿ I, Seferovi¿ Mitrovi¿ JP, Kanjuh V, Pankuweit S, Maisch B. Pericardial síndromes: an update after the ESC guidelines 2004. Heart Fail Rev. 2013;18(3):255-66.

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