Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1582

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2574 - La importancia de las pruebas complementarias

P.M. Martos Sánchez[a], G. García Olivares[b] y A. Salvador Gómez[c]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería. [b]Médico Resiente de 4º año. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Vícar. Distrito Poniente Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 47 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de síndrome de Ehlers-Danlos e ictus isquémico de arteria cerebral media maligno hace 3 años con craniectomía descompresiva y afasia motora y hemiplejía derecha residual, dependiente para todas las actividades de la vida diaria. Como tratamiento habitual tiene prescrito ranitidina, levetiracetam, mirtazapina, simvastatina, clopidogrel, enoxaparina y en ocasiones alprazolam. Acude a nuestra consulta acompañada de su hermana, con la que vive actualmente, porque refiere presentar dificultad respiratoria progresiva junto con fiebre de hasta 38 ºC y malestar general sin tos o expectoración patológica. Tras explorarla decidimos derivarla al Servicio de Urgencias Hospitalarias para la realización de pruebas complementarias. Durante su estancia hospitalaria se interconsultó con Cuidados Críticos que desestimaron actuación por su parte y con Neumología que desestimaron Ventilación mecánica no invasiva. Fue dada de alta a su domicilio con tratamiento ambulatorio corticosteroideo, antibiótico y antipirético.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, bien hidratada y perfundida, consciente y orientada, disnea de reposo con uso de musculatura accesoria, taquipneica, sin tolerar decúbito supino. Hemiplejía derecha y afasia motora residual. Tensión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca 82 latidos por minuto (lpm), Saturación de oxígeno 87%. Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos rítmicos, no escucho soplos ni extratonos, murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares acompañado de sibilantes en campo pulmonar izquierdo. Resto de exploración por aparatos y sistemas dentro de normalidad. ECG: ritmo sinusal a 92 lpm, eje normal, no alteraciones de la repolarización ni signos de isquemia aguda. Radiografía de tórax: elevación diafragmática izquierda. Seno costofrénico derecho ocupado. Se descarta neumotórax. Analítica sanguínea: hemograma: leucocitos 18.300/uL, meutrófilos 79,9%. Coagulación dentro de la normalidad y dímero D 700 ng/mL. Bioquímica: glucosa 106,6 mg/dl, urea 25 mg/dl, creatinina 0,79 mg/dL, iones dentro de la normalidad, PCR 0,74 mg/L. Gasometría arterial: pH 7,34, pPCO2 39,4 mmHg, pPO2 80 mmHg, Sat O2 95,2%, HCO3 20,8 mEq/L. Urianálisis: nitritos positivo. Sedimento: 1-5 leucocitos por campo. Ligera bacteriuria. TAC torácico: se aprecia marcado ascenso de ambas cúpulas diafragmáticas (de predominio derecho), con atelectasia/condensación parcial de ambos LLII, probablemente compresiva y ascenso de vísceras abdominales a cavidad torácica (hígado, bazo, estómago, colon), sin evidencia de defectos/dehiscencias diafragmáticas que sugieran rotura del mismo aunque dichos hallazgos si sugieren una parálisis/paresia diafragmática bilateral. Aorta torácica-abdominal y vasos mediastínicos sin anomalías aparentes. Colelitiasis múltiple sin signos de

colecistitis. Resto de estudio sin hallazgos significativos.

Juicio clínico: Insuficiencia respiratoria parcial. Acidosis metabólica. Infección respiratoria vías bajas. Parálisis diafragmática bilateral. Infección del tracto urinario no complicada.

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar. Edema agudo de pulmón. Neumotórax.

Comentario final: El motivo de consulta principal fue la disnea junto con fiebre, sin las pruebas complementarias realizadas no hubiésemos obtenido diagnóstico como la parálisis frénica bilateral, por ello la importancia que tienen junto con la clínica. La disfunción diafragmática es una causa subdiagnosticada de disnea y siempre debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la disnea inexplicable. Dentro de los antecedentes personales el accidente cerebrovascular es una de las causas encefálicas de parálisis y debilidad diafragmática.

BIBLIOGRAFÍA

1. McCool FD, Tzelepis GE. Disfunción diafragmática, ¿qué hacer? N Engl J Med. 2012;366:932-42.

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