Semergen. 2015;41 (Espec Congr):165

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1951 - El protagonista es el paciente. ¡Escúchalo!

L. Román Jiménez[a], P. Gantes Nieto[b], P. Martínez Posada[c], M.M. Carricondo Avivar[d], B.Artola Garrido[e] y A. Rodríguez Serrano[f]

[a]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Virgen de Consolación. Utrera. Sevilla. [b]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Doña Mercedes. Dos Hermanas. Sevilla. [c]Médico de Urgencias. Hospital Virgen de Valme. Sevilla. [d]Médico Residente 3er año. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla. [e] Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias y UGC. Sevilla. [f]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Don Paulino. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 32 años, fumador de cinco paquetes/año, sin otros antecedentes personales de interés; que acudió a nuestro Servicio de Urgencias, derivado de un hospital de primer nivel, por disnea de aparición brusca y sudoración profusa mientras se encontraba tumbado; refiriendo traumatismo torácico tras una caída por las escaleras hacía unos seis días, presentando malestar general desde entonces. Sin fiebre ni dolor torácico de características típicas. En el primer hospital le realizan analítica con dímeros D de 1.600, troponinas de 1.800 y creatín kinasa de 577 más un electrocardiograma normal, objetivándose en su traslado una taquicardia ventricular de dos segundos de duración.

Exploración y pruebas complementarias: Intranquilo, disneico con saturación de oxígeno 96% con reservorio e intenso trabajo respiratorio con uso de musculatura accesoria, sudoroso, TA 110/70 mmHg, afebril. Tonos rítmicos a 120 spm, crepitantes gruesos en ambas bases y sibilantes dispersos con disminución del murmullo vesicular a la auscultación; sin hallazgos de interés en el resto de la exploración. Sin entrevistar de forma exhaustiva al paciente, guiándonos por los resultados analíticos, se le administra doble antiagregación y anticoagulación para cubrir posible tromboembolismo pulmonar (TEP) y/o síndrome coronario agudo; objetivándose minutos después varios esputos hemoptoicos; dato que hizo que nos centráramos en el traumatismo pasado. Tras los sucesos ocurridos y la evolución del paciente

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

solicitamos nuevo electrocardiograma (ECG) en el que aparecía elevación del ST en cara diafragmática y descenso de ST a nivel de V2-V4, con patrón de necrosis inferior establecida con isquemia subepicárdica inferolateral en ECG posteriores; radiografía de tórax con cardiomegalia e infiltrado intersticial algodonoso en ambos campos pulmonares; un TAC torácico donde se objetivaron imágenes de derrame pericárdico con hemorragia pulmonar bilateral, y derrame pleural bilateral con atelectasia pasiva del parénquima en bases pulmonares, sin otros hallazgos; y un ecocardiograma con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 40% con hipoquinesia en multitud de segmentos.

Juicio clínico: Traumatismo torácico con contusión cardiopulmonar complicado con hemorragia pulmonar bilateral, derrame pericárdico e infarto miocárdico infero-posterior.

Diagnóstico diferencial: Por la clínica y antecedentes del paciente debemos descartar: TEP, neumonía complicada, neumotórax, cáncer de pulmón o metástasis pulmonares, infarto agudo de miocardio, contusión cardiopulmonar por traumatismo torácico, miopericarditis.

Comentario final: El paciente ingresó en UCI por la inestabilidad hemodinámica en la que se encontraba, donde, con el paso de los días se fue estabilizando, pudiendo completar su estudio y siendo dado de alta a las semanas. A propósito de este caso, queremos recalcar la importancia de la historia clínica, sintomatología y exploración del paciente a la hora de afrontar un abordaje médico en Urgencias, teniendo que ser reforzado con las pruebas complementarias. Debemos de diagnosticar teniendo en cuenta el conjunto de todas las herramientas que tenemos a nuestra mano ; y no guiarnos por las pruebas complementarias únicamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burnstock G, Pelleg A. Cardic purinergic signaling in health and disease. Purinergic Signal. 2015;11(1):1-46.

2. Reddy K, Kheliq A, Henning RJ. Recent advances in the diagnosis and treatment of acute myocardial infarction. World J Cadiol. 2015;7(5):243-76.

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