Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):114

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3065 - Disnea en paciente joven

M.I. Rodríguez García[a], J.M. Caballero Hoyos[a], J. Novas Moreno[b], G. Salguero Abrego[a], M. López Gómez-Tostón[c], S. Sosa Romero[a] y M. Martín Chamorro[a]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz.[c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 26 años fumador de 20 cigarrillos diarios sin otros AP de interés que acude a la consulta por tos con expectoración blanca y espesa, abundantes ruidos en el pecho, disnea y sensación distérmica no termometrada de dos semanas de evolución. Además comenta pérdida de peso los últimos dos meses no cuantificada. No dolor torácico ni ninguna otra sintomatología en anamnesis dirigida.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 130/81. FC: 87 lpm. SatO2: 98%. Temperatura: 37,1 ^{o}C. Buen estado general, vigil, orientado y colaborador, eupneico en reposo. Exploración ORL normal. AC: rítmico controlado, sin soplos audibles. AP: hipofonesis basal derecha. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. MMII: sin edemas ni signos de TVP. Rx tórax: ICT conservado, derrame pleural derecho no conocido. Hemograma: Hb 12,7 g/dl con VCP y HCM normales, leucocitos 15.500 (N 70%), plaquetas 455.000 mm^3. Bioquímica: glucosa, función hepato-renal e iones normales. Coagulación: fibrinógeno 750 mg/dl, resto normal. Coagulación: fibrinógeno 605 mg/dl, dímero D: 5.018, resto normal. TSH normal. Ag *Legionella* y neumococo en orina negativos. Quantiferón negativo. Tinción para micobacterias sin presencia de BAAR. Serología para bacterias atípicas negativas. Cultivo de esputo contaminado. TAC: arterias pulmonares sin defectos de replección que sugieran TEP. Derrame pleural derecho con pequeña atelectasia de pulmón adyacente y tractos fibrocicatriciales en LID. Estudio de autoinmunidad negativo.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Juicio clínico: Derrame pleural derecho.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca, enfermedades neoplásicas, paraneumónico, tuberculosis, TEP, cirrosis hepática, hipotiroidismo, atelectasia, farmacológico, enfermedades del tejido conectivo, hemotórax, quilotórax, idiopático.

Comentario final: El derrame pleural es una entidad frecuente que representa hasta el 10% de los ingresos hospitalarios, las etiologías más frecuente son insuficiencia cardiaca, cáncer, neumonía, tuberculosis y TEP. Tras amplio estudio donde se descartó la mayoría de etiologías, llegamos a la conclusión de derrame pleural paraneumónico, bastante acorde con la clínica de nuestro paciente.

Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. MSD.
2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

Palabras clave: Derrame pleural. Disnea.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.