Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):58

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1681 - Un caso de disnea persistente

J.M. Ignacio Expósito[a], N. Carrillo Peñas[a], L. Gárriga Sánchez[b], F. Hernández Marín[b], E. Paños Maturana[a], M. Muñoz Ayllón[a] y L.M. Sáez García[a]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: No alergias medicamentosas. Ex-fumadora de 30 cigarrillos/día desde hace 2 años. No presenta antecedentes médicos relevantes ni tratamiento farmacológico actual. Se trata de una mujer de 49 años que presenta disnea de intensidad progresiva de una semana de duración. Tose como mecanismo de defensa para facilitar la respiración. En tratamiento con Augmentine plus 2/12h desde hace 5 días.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. Auscultación cardiaca normal. Auscultación pulmonar: MV disminuido en base derecha. Roncus en pulmón derecho. Resto normalidad. Ante la auscultación pulmonar referida, se pauta tratamiento antibiótico y se pide Rx de tórax en espiración forzada que se presenta sin hallazgos patológicos. A la semana se reevalúa a la paciente, que refiere mejoría, pero sigue presentando disminución de murmullo vesicular en hemitórax derecho, por lo que es derivada a urgencias. Se estudian hemograma y bioquímica que están dentro de la normalidad, y se repite Rx de tórax en espiración forzada, donde se visualiza atrapamiento aéreo en hemitórax derecho con aumento de densidad en bronquio principal derecho. TAC torácico: masa hiliar derecha de diámetros máximos de 3,8 × 5 cm con componente endobronquial que ocupa la luz del bronquio principal. La masa del bronquio principal se encontraba a 1 cm de la carina traqueal. Adenopatías mediastínicas en región paratraqueal baja derecha de 1,2 cm, en región infracarinal y paratraqueal de 7-9 mm. Biopsia bronquial: carcinoma de células no pequeñas compatible con Adenocarcinoma.

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

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón derecho estadio IIIA

Diagnóstico diferencial: 1. Disnea de origen respiratorio: patología pulmonar crónica, bronquiolitis, TEP, neumonía, hipertensión pulmonar. 2. Disnea de origen cardíaco: insuficiencia cardíaca, angina de pecho, arritmias... 3. Disnea de otros orígenes: Reacciones alérgicas, traumatismos, ataques de ansiedad, hernia de hiato.

Comentario final: Se antoja primordial en este caso el manejo de la auscultación cardiopulmonar por parte del médico en Atención Primaria. Además se resalta la importancia de los signos, síntomas y nuestra exploración por encima de pruebas complementarias sugestivas de normalidad.

Bibliografía

1. Rodríguez García JL, Arevalo Serrano J, et al. Diagnóstico y Tratamiento Médico. GreenBook.
2. Cardinale L, Volpicelli E. Revisiting signs and weakness of Standard Chest Radiography in patients Acute Dyspnea in Emergency Deparment. J Thorac Dis. 2012;4:398-407.

Palabras clave: Disnea. Auscultación cardiopulmonar.

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