



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/3558 - DISNEA Y ASTENIA DE LARGA EVOLUCIÓN

S. Cortiñas Jurado^a, R. Franco Ferraz^b, S. Morales Sánchez^c, B. Corbí Pino^d, V. Ruiz Ruiz^e y C. Olmo Azuaga^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Oeste. Melilla. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Melilla. ^cMédico de Familia. Hospital Comarcal Melilla. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Oeste. Melilla. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Melilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 78 años, alérgica a la penicilina dislipémica, hipertensa, diabética tipo II-insulino dependiente, fumadora. En tratamiento con enalapril, simvastatina. Acude a consulta por malestar general de varias semanas de evolución. Presenta astenia, disnea progresiva y nerviosismo importante. Refiere náuseas y pérdida de apetito, niega fiebre, tos u otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: TA 86/65 mmHg, FC 94 lpm, SatO₂ 90%, T^a 37 °C. Regular estado general. Consciente, orientada, intranquila. Bien hidratada y perfundida. Taquipneica. Obesa. Auscultación cardíaca normal. Hipofonesis en pulmón izquierdo hasta campos superiores, murmullo vesicular conservado en pulmón derecho. Abdomen globuloso, blando, depresible, sin masas ni signos de peritonismo. Rx tórax: derrame pleural masivo izquierdo con desplazamiento traqueal. Analítica sanguínea: Cr 1,81, urea 79,4, lactato deshidrogenasa (LDH) 278, PCR 2 mg/dl y ligera anemia. Evolución: la paciente es derivada a urgencias hospitalarias pasando a observación, donde se le practica toracocentesis obteniendo 700 cc de líquido pleural serofibrinoso, con características analíticas de exudado. Posteriormente ingresa a cargo de neumología para estudio de causa subyacente.

Juicio clínico: Derrame pleural izquierdo masivo.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, derrame pleural, atelectasia.

Comentario final: El 75% de los derrames pleurales se deben a insuficiencia cardíaca, neoplasia, neumonía, tuberculosis o embolia pulmonar. Las características del líquido, junto con los antecedentes y la clínica acompañante de esta paciente, hacen pensar un derrame pleural maligno, causa muy frecuente de exudado. Se produce por infiltración pleural, pudiendo ser la primera manifestación de un proceso neoplásico. Estamos ante una patología grave que debe ser filiada y estudiada en profundidad. Como médicos de familia debemos tener muy en cuenta los antecedentes de nuestros pacientes, y ser capaces de sospechar patologías graves apoyándonos en signos clínicos y la exploración física. Tenemos la ventaja de conocer su estado basal, pudiendo apreciar un empeoramiento que nos haga pensar en la necesidad de realizar más estudios.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
2. Aguilar Rodríguez F, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid; 2012.

Palabras clave: Derrame pleural. Astenia.