



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

## 242/2971 - ¿UN SIMPLE DOLOR DE OÍDO?

I. Escudero Muñoz<sup>a</sup>, A. Balsalobre Matencio<sup>b</sup>, A. Sánchez Martínez<sup>c</sup>, C. Bolarín Angosto<sup>d</sup>, F. Aceituno Villalba<sup>e</sup> y C. Pérez Llanes<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Pedro. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 34 años sin antecedentes de interés, sin AMC conocidas. Sin hábito tabáquico conocido. Consulta 3 días consecutivos en Urgencias por otalgia izquierda de días de evolución y cefalea hemicraneal. Asocia la cefalea con un cuadro vertiginoso en tratamiento desde hace varias semanas. Tras ser diagnosticado de otitis media aguda y sin responder al tto vuelve una tercera vez añadiendo fiebre de 40 °C.

**Exploración y pruebas complementarias:** CyO, BEG, NH, palidez cutánea, Eupneico. AC: rítmico, sin soplos, AP: MVC crepitantes tenues en LSD. Abdomen: anodino. Exploración neurológica: PC centrados y simétricos, Fuerza y sensibilidad conservada, no dismetrías, Romberg negativo, no meníngeos. Otoscopia: bilateral normal. Orofaringe normal. EF: analítica de sangre: hemograma 7.000 leucocitos, Hb 12,9, BQ: PCR 27,4. ECG: RS a 87 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Rx senos paranasales normal. Se ITC con ORL quienes realizan fibroscopia que definen como sin hallazgos patológicos. TAC Craneal con/sin CIV: normal. Ag neumococo y Legionella en orina negativo. Rx tórax: infiltrado extenso en LSD. Tras objetivar el infiltrado se ingresa al paciente con levofloxacino Iv. Tras 5 días es dado de alta por resolución completa del cuadro.

**Juicio clínico:** Neumonía comunitaria en lóbulo superior derecho.

**Diagnóstico diferencial:** Cefalea tensional. Cuadro pseudogripal. Mastoiditis. Síndrome meníngeo.

**Comentario final:** La neumonía adquirida en la comunidad, es una patología frecuente entre nuestros pacientes, Al igual que fácilmente tratable si se trata bien. No siempre va a acompañada de tos y expectoración, por lo que en muchos casos hay que pensar en ella. Cuando un paciente refiere que se encuentra mal, y consulta más de una vez por el mismo motivo, debemos usar los 5 sentidos en buscar el origen, el 80% de los casos hay algo oculto.

### Bibliografía

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

**Palabras clave:** Dolor. Fiebre. Reactantes de fase aguda.