

## 347/684 - DOCTORA, ¡ME FALTA EL AIRE!

S. Mateos Díez<sup>a</sup>, M. Morillas Escobar<sup>b</sup>, J. Sánchez-Carpena Garrido-Lestache<sup>c</sup> <sup>o</sup>CM. Cañamares Aranda<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tres Cantos I. Tres Cantos. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Vega. Alcobendas. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Embarcaciones. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Embarcaciones. Tres Cantos. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 34 años que acude a su médico de Atención Primaria por disnea. Como único antecedente presenta asma bronquial controlado con formoterol/budesonida. Desde hace una semana refiere disnea intermitente de moderados esfuerzos. Asocia dolor torácico continuo irradiado hacia región escapular izquierda, agravado con los movimientos respiratorios y sin cortejo vegetativo asociado. Además, tos con expectoración blanquecina, autoescucha de sibilancias nocturnas y disfonía.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. Tensión arterial: 114/69 Saturación basal 98%. Eupneica en reposo. A la auscultación pulmonar destaca disminución de la amplitud de los movimientos torácicos con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Resto de la exploración sin hallazgos relevantes. ECG: ritmo sinusal a 78 lpm, eje normal sin alteraciones en la repolarización. Se deriva a su Hospital de referencia para ampliación de pruebas complementarias. Analítica: leucocitos 6.320, eosinófilos 0,8, PCR 6,9 mg/L, troponina I (TnIc) 0,02 ?g/L. Radiografía de tórax: atelectasia del lóbulo superior izquierdo.

**Orientación diagnóstica:** Atelectasia de lóbulo superior izquierdo probablemente secundaria a tapón mucoso.

**Diagnóstico diferencial:** Dolor muscular. Aspiración de cuerpo extraño. Crisis asmática. Bronquitis aguda. Tromboembolismo pulmonar. Neumotórax. Derrame pleural. Ansiedad.

**Comentario final:** Tras completar 7 días con levofloxacino 500 mg y corticoides orales acude a consulta con importante mejoría clínica. Se realiza radiografía de control evidenciándose resolución completa de la atelectasia. La atelectasia es la expansión incompleta o el colapso total de tejidos llenos de aire, y se debe a la obstrucción de la entrada de aire en los sacos alveolares. Los tapones de moco son un factor frecuente que predispone a su desarrollo y los síntomas varían dependiendo de la causa y de la extensión, siendo los más frecuentes disnea y tos. Los hallazgos típicos en las pruebas de imagen son la pérdida de volumen y el desplazamiento de las cisuras. En algunas patologías, como el asma bronquial, la administración de broncodilatadores y corticoides suele acelerar su desaparición.

### Bibliografía

1. Celestin F, Rafeq S. Atelectasis. En: Ferri's Clinical Advisor. Elsevier; 2018.
2. Cano Sánchez A, Roldán Romero P, Seguí Azpilcueta S, et al. Radiografía de tórax. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos

de Actuación, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 75-88.

**Palabras clave:** Disnea. Atelectasia.