



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1268 - ME FATIGO, ¿QUÉ ME PASA?

E. Bajo Cardassay^a, G. Delgado^b, A. Menéndez Fernández^c y M. Docavo Barrenechea-Moxó^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle Inclán. Madrid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle Inclán. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Valle Inclán. Madrid. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle Inclán. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 80 años. Ca de mama intervenido mediante tumorectomía con biopsia de ganglio centinela hace 5 días. Acude a consulta traída por familiar por empeoramiento del estado general, disnea con intolerancia al decúbito y dificultad respiratoria. Refieren posibilidad de broncoaspiración en relación con disfagia para sólidos y líquidos que se ha agravado desde la última cirugía. Niega dolor torácico y fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: TA 110/70 mmHg. FC 75 lpm. SatO₂ 84% basal. MEG, taquipnea y tiraje respiratorio con empleo de musculatura accesoria, ruido de secreciones con tos ineficaz. Hematoma en región de tumorectomía, enfisema subcutáneo en región cervical izquierda. Cianosis perioral, livideces de predominio en MMII. AP: MV disminuido de forma global, con abundantes roncus bilaterales, sin signos de broncoespasmo. ECG: elevación de ST en I y QS en III.

Orientación diagnóstica: Insuficiencia respiratoria aguda en paciente oncológico con reciente cirugía mayor torácica y disfagia.

Diagnóstico diferencial: Neumonía broncoaspirativa, TEP, perforación quirúrgica, neumotórax, mediastinitis.

Comentario final: Se administra oxigenoterapia consiguiendo remontar SatO₂ a 93%. Se solicita UCI móvil para traslado a urgencias hospitalarias. Una vez allí, se realiza gasometría arterial basal que muestra acidosis metabólica con insuficiencia respiratoria; analítica urgente que muestra marcada leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda, datos de fracaso multiorgánico y valores de troponina I negativos, NT-ProBNP 43761 y D-dímero 38207; y radiografía de tórax. Se realiza traslado a UCI de la paciente donde se realiza VMI y posterior escáner cervico-torácico con contraste intravenoso compatible con mediastinitis. Ante paciente con cuadro de disnea aguda y cirugía torácica en consulta de AP reciente es de vital importancia el rápido reconocimiento de cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, monitorización y derivación precoz ante inestabilidad hemodinámica. Pese a ser un diagnóstico infrecuente la mediastinitis debe ser sospechada e incluida en el diagnóstico diferencial, dada su gravedad.

Bibliografía

1. Schwartzstein RM, Talmadge EK, Hollingsworth H. Approach to patient with dyspnea. UpToDate; 2017.

2. Palomar Alguacil V, Jiménez Murillo L, Palomar Muñoz MC, et al. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, eds. Medicina de urgencias y emergencias, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.: p. 232-5.

Palabras clave: Disnea aguda. Mediastinitis.