

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

## 424/3552 - CON UNA SIMPLE TOS NO ES SUFICIENTE

M. Piro<sup>1</sup>, N. Fernández Valverde<sup>2</sup>, C. García Iglesias<sup>3</sup> y G. Bermejo Alonso<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado II. León.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rondilla. Valladolid. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Medina del Campo. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 37 años, trabajador en la construcción con contacto con polvo durante 20 años, sin alergias medicamentosas o hábitos tóxicos conocidos y con antecedentes médico-quirúrgicos de dislipidemia, hernia inguinal izquierda y apendicitis que acude a consulta de su Centro de Salud debido a dolor en hemitórax derecho desde hace 3 horas al tumbarse con sensación de disnea aguda, añadiendo fiebre máxima de 39,5 °C que disminuía parcialmente con ibuprofeno, paracetamol y metamizol y tos con expectoración sanguinolenta desde hace 3 días sin otra clínica asociada. Tras explorar al paciente y pedir pruebas complementarias se decide derivar a Urgencias para completar estudio e instaurar tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 130/73 mmHg, FC:108 lpm, SatO2: 95%, T<sup>a</sup>: 37,9 °C. Buen estado general, consciente, orientado, colaborador, normohidratado, normocoloreado, normoperfundido, ligeramente disneico en reposo. CyC: a destacar orofaringe hiperémica con amígdalas ligeramente hipertrofiadas sin placas u otros hallazgos. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos y MVC con crepitantes en campo pulmonar medio derecho. Abdomen, EEII, expl. neurológica: sin hallazgos patológicos. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, eje izquierdo, onda S en I, ondas Q y T negativas en III. Rx tórax: hiperdensidad en lóbulo medio e inferior derecho sin otros hallazgos. Analítica: a destacar dímero de 1.900. TAC: No TEP y consolidación en LID y LM que en el contexto del paciente sugiere origen inflamatorio/infeccioso.

**Orientación diagnóstica:** Neumonía de lóbulos medio e inferior derechos.

**Diagnóstico diferencial:** Tromboembolismo pulmonar. Catarro.

**Comentario final:** Con este caso se quiere remarcar la importancia de la disnea aguda o progresiva, resultando ser un verdadero reto para el médico. En nuestro caso el paciente tras haber recibido tratamiento antibiótico con levofloxacino 500 mg cada 24 durante 10 días, paracetamol cada 8h y correcta hidratación presentó una importante mejoría tanto a nivel clínico como radiológico.

### Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5<sup>a</sup> ed. Elsevier, 2015; p. 261-5.

2. Alfageme Michavila I. Normativa SEPAR: Neumonía adquirida en la comunidad. ¿Qué ha cambiado en la neumonía adquirida en la comunidad en los últimos años? Arch Bronconeumol. 2017;53(1):3-4.

**Palabras clave:** Neumonía. Tos. Tromboembolismo pulmonar.