



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/184 - UN HIDRONEUMATÓRAX SORPRENDENTE

R. Muñoz Martos¹, P. Hermoso Oballe¹ y D. Rodríguez Rodríguez²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga. Málaga. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez-Málaga Norte. Axarquía. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años. AP: NAMC, Artritis psoriásica. Tratamiento actual: diclofenaco, calcipotriol/betametasona, omeprazol. No IQx. HT: fumador de 20 c/d, bebedor de 4-5 cervezas/vino. Vive con su hijo. EA: Acude a urgencias por cuadro de inicio hace 2-3 semanas de tos con mucosidad blanquecina y disnea a moderados esfuerzos. No tolera decúbito. Ortopnea de una almohada. No DPN. No mejora con tratamiento inhalador desde hace 5 días. No fiebre, vómitos o diarrea. No clínica miccional. No edemas en mmii. Menos apetito con pérdida ponderal no cuantificada en los últimos meses.

Exploración y pruebas complementarias: TA 139/82, FC 122 lpm, Tª 36,6 °C, SatO 97%. BEG, BHP, COC, Eupneico en reposo, afebril. ORL: normal. ACR: rítmico, taquicardia, no soplos. MVC con hipoventilación hemitórax derecho y algún sibilante espiratorio. Abdomen: blando, globuloso, no doloroso. MMSS: manos en ráfaga. MMII: IVC, sin edemas o signos de TVP. Rx tórax: ICT 0,5 con derrame pleural derecho masivo. ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm. AS: leucocitosis 27.710 (Nt 97%), Hb 11,2, PLAQUETAS 585.000. Coagulación normal. Glucosa 114, creatinina 1,63, Na 130, K 5. PCR 197. SO: proteínas 300, leucos 500, nitritos -. TC tórax sc: pielonefritis con absceso en psoas ilíaco y posible empiema pulmonar derecho, con colapso de pulmón subyacente. Líquido pleural: leucos 104.600, PMN 91%, hematíes 130.000, glucosa 0, proteínas 2, pH 6,9, LDH 5151. TC abdomen-pelvis cc: cloaca absceso supravesical de origen intestinal por divertículos en sigma. Uretrocistoscopia: fístula vésico-intestinal. Colonoscopia: divertículos en sigma y úlceras aftoides.

Orientación diagnóstica: Sepsis grave con insuficiencia renal y respiratoria agudas con pnoneumotórax y abscesos intraabdominales y retroperitoneales secundarios a fístula colovesical. Diverticulitis aguda complicada.

Diagnóstico diferencial: Pielonefritis aguda complicada. Tuberculosis. Neumonía complicada.

Comentario final: La diverticulitis se caracteriza por dolor abdominal constante en hemiabdomen izquierdo, calambres, fiebre, náuseas y vómitos, alteración del hábito intestinal. La presentación clínica depende de la gravedad del proceso inflamatorio subyacente, pudiendo existir complicaciones: absceso, fístula, obstrucción, sangrado, perforación y peritonitis.

Bibliografía

1. Vázquez P, Vázquez MA, Martínez P. Fisterra. Guía clínica de Diverticulosis y diverticulitis [Internet]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diverticulosis-diverticulitis/#26707> [Acceso 27

Mayo 2019].

Palabras clave: Diverticulitis complicada. Hidroneumotórax. Sepsis. Fístula enterovesical.