



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

482/348 - DOLOR PLEURÍTICO Y FIEBRE: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. de Gracia Nájera¹, P. Castillo Aguirre², T. Bernués Bergua³ y M. Gros Alcalde⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Malpica. Utebo. Zaragoza. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza. ³Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. ⁴Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitas. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 64 años, antecedentes personales de hiperuricemia y en tratamiento con Zyloric 100 mg en desayuno. Sin alergias medicamentosas. Acude a nuestra consulta por dolor torácico en últimos arcos costales derechos que se incrementa con la inspiración profunda, desde hace 72 horas. Sin irradiación, sin cortejo vegetativo acompañante, y sin incrementarse con la actividad física. No tos, no expectoración. No ortopnea. No oliguria, no edematización de extremidades inferiores. Niega traumatismo previo ni realización de sobresfuerzos. Asocia disnea de mínimos-moderados esfuerzos desde hace 24 horas aproximadamente. La noche previa a la consulta sensación distémica, no termometrada. A su llegada al centro de salud, T^o 37,8 °C. Se deriva a Urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: SatO₂ 98%, TA 109/52, Fc 80 lpm AP: normoventilación, eupneico en reposo. No dolor a la palpación de últimos arcos costales derechos. AC: rítmico sin soplos ni extratonos Rx tórax: sin alteraciones pleuroparenquimatosas. Analítica sangre: destaca PCR 255 mg/l, ferritina 756,4 ng/ML, leucocitos 13 mil/mm³, neutrófilos 84,1%, linfocitos 10%, plaquetas 165 mil/mm³, actividad de protrombina 62%, fibrinógeno 899 mg/dl.

Orientación diagnóstica: Se decide ingreso en medicina interna. Ante la persistencia de PCR, fibrinógeno y ferritina elevada; así como realización de picos febriles de 38 °C en su estancia en la planta a pesar de antibiótico de amplio espectro; se realiza TAC toracoabdominal con los siguientes resultados: a nivel torácico sin hallazgos reseñables. Nivel abdominal se objetiva absceso hepático en segmento VIII de 5 × 4 cm. Dicho absceso precisó drenaje por parte de radiología intervencionista.

Diagnóstico diferencial: Neumonía adquirida en la comunidad, absceso hepático, neumotórax, tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: Los abscesos hepáticos, son los abscesos viscerales más frecuentes; la incidencia es de 2,3 casos/100.000 habitantes. Se presentan entre la 5^a a 6^a década de la vida, y son 2 a 3 veces más prevalentes en hombres. La presentación a menudo es subaguda, siendo lo más frecuente fiebre, dolor abdominal en el cuadrante superior derecho y síntomas inespecíficos. Si es adyacente al diafragma podría presentar dolor pleurítico, tos o disnea.

Bibliografía

1. Pizarro J C. Estudio y tratamiento de los abscesos hepáticos. *Gastroenterol. latinoam.* 2013;24(Supl N° 1):S81-S84.

Palabras clave: Dolor pleurítico. Fiebre. Absceso hepático.