



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

## 333/223 - EMPEORAMIENTO DISNEA

A. Martínez Marín<sup>1</sup>, C. Pérez Fernández<sup>2</sup>, I. Riera Carlos<sup>3</sup>, S. García Hunter<sup>3</sup>, M. de la Torre de Dios<sup>4</sup>, Á. Morán Bayón<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Norte. Salamanca.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca.<sup>4</sup>Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca.<sup>5</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Periurbana Sur. Salamanca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 48 años con antecedentes médicos de cólicos renales de repetición, trastorno de ansiedad en tratamiento y cefalea tensional. Intervenida de colecistectomía. Fumadora de 10 cigarrillos/día. Acude a urgencias por empeoramiento de disnea de moderados esfuerzos desde hace 2 semanas. Ocasionalmente tiene que parar al caminar por aumento de disnea y palpitaciones. Tos y dolor torácico centropresivo a nivel de apéndice xifoides no irradiado y que coincide con la tos. Hace 1 mes inició cuadro de tos y expectoración verdosa. Tratada con Azitromicina e inhaladores de Budesonida/Formoterol. Actualmente expectoración blanquecina. Sin artralgias ni mialgias. Afebril. Pérdida de 3 kg no intencionados en el último mes. Cambio de tratamiento a Indacaterol/Bromuro Glicopirronio por su médico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial: 116/68 mmHg, 36.5°C, Saturación Oxígeno 96%. Buen estado general. Hidratada y perfundida. Eupneica. Cavidad orofaringea normal. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos. Pulmonar con murmullo vesicular derecho abolido con respecto a contralateral. Sin roncus ni sibilancias. Extremidades sin edemas ni signos de trombosis. Electrocardiograma: normal. Analítica: Bioquímica y coagulación normales, con reactantes fase aguda sin alteraciones. Leucocitosis de 13,19, Dímero D 0.5, CK 121, Troponina T 3.53. Radiografía tórax: Derrame pleural derecho masivo.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma pulmonar. Derrame pleural masivo derecho metastásico.

**Diagnóstico diferencial:** Tromboembolismo pulmonar. Derrame pleural secundario a Infección respiratoria. Síndrome de MEIGS. Empiema. Insuficiencia cardíaca.

**Comentario final:** Ante empeoramiento clínico, pese a buen cumplimiento terapéutico por parte de un paciente, de estas características, es importante establecer un buen diagnóstico diferencial con otras patologías de etiología no infecciosa. Incidir en la importancia de una exploración física sistemática a cada paciente con empeoramiento o mala evolución clínica, y no sólo prescribir cambio de tratamiento médico, por la importancia de los hallazgos en cada momento evolutivo de la enfermedad, así como abordar medidas de prevención o abandono de hábito tabáquico en la población.

### Bibliografía

EM Moya, A. Pérez-Corral, C Pascual, M Casanova, A. López-Quiñones, M. Serrano, MR Burón, RD García Ángel. Signos y síntomas Neumología; En: GREEN BOOK DTM (Diagnóstico y Tratamiento Médico) 2015.

Marbán. Parte I ; Capítulo S3 (p.12-47).

Cantó A. Pleural effusion associated with lung cancer. Problems of classification according to TNM categories]. Arch Bronconeumol. 1996;32(3):115-7.

**Palabras clave:** Disnea. Derrame pleura Adenocarcinoma pulmonar.