



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

283/47 - ¡NO PUEDO RESPIRAR Y NADIE ME CREE!

S. Medellín Pérez^a, P. Vivancos Ureña^b, A. González Cárdenas^a, L. Nieto Perea^c, I. Miranda Núñez^d y J. Martínez Solano^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Puerto Lumbreras. Murcia. ^cMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia. ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 59 años con AP: obesidad, HTA, hipercolesterolemia, DM tipo 2, hiperuricemia, síndrome ansioso, tabaquismo IPA 40. IAM 1988, SCASEST 2015, enfermedad grave de TCI distal y 3; revascularización miocárdica mínimamente invasiva Dic-2015 (minitoracotomía izquierda). Tratamiento: ASS 100 mg, alopurinol 300 mg, atorvastatina 80 mg, bisoprolol 5 mg, esomeprazol 40 mg, insulina, loracepam. Acude a la consulta de atención primaria refiriendo disnea en reposo de 6 meses de evolución, que empeora con la actividad física y dolor tipo pinchazo a la inspiración profunda que el paciente asocia a la cirugía de revascularización, según refiere ya presente antes de su alta hospitalaria, ha acudido en 2 ocasiones al SU, en 3 a SUAP por empeoramiento de su sintomatología refiriendo no encontrar mejoría con los tratamientos pautados, no había acudido a la consulta de su MAP.

Exploración y pruebas complementarias: CyO, BEG, no dificultad respiratoria, T: 36,2 °C, TA: 152/95 mmHg, SatO₂: 99% AC: rítmico, no soplos; AP: silencio auscultatorio en base izquierda, no ruidos agregados, MMII: no edemas. Radiografía de tórax PA y LAT: elevación de hemidiafragma izquierdo. En analítica destaca: Gluc: 237 mg/dl, Crea: 0,78, Hb: 15,8, HTC: 46%, formula leucocitaria normal. HbA1C: 9,8%.

Juicio clínico: Parálisis diafragmática izquierda posquirúrgica.

Diagnóstico diferencial: Ansiedad, insuficiencia cardiaca, dolor posquirúrgico, EPOC, otras causas de parálisis frénica.

Comentario final: Una de las principales causas de parálisis diafragmática unilateral son las intervenciones quirúrgicas cardíacas, muchas veces asintomática y de diagnóstico casual; en el caso de nuestro paciente a pesar de que clínicamente se encontraba estable y no tenía signos de dificultad ni insuficiencia respiratoria parece importante investigar causas posibles de disnea. Es precisamente por el buen estado clínico del paciente que creemos que el sitio ideal para hacer este diagnóstico es atención primaria. Finalmente el paciente fue derivado a la consulta de Neumología para evaluación por su parte; aunque el pronóstico vital y funcional es bueno probablemente no llegue a corregirse la parálisis.

Bibliografía

1. Celli BR. Causes and diagnosis of unilateral diaphragmatic paralysis and eventration in adults. Uptodate, 2016.
2. McGarvey ML, Cheung AT, Stecker MM. Neurologic complications of cardiac surgery. Uptodate, 2013.