

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

349/67 - A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUMONÍA DE TÓRPIDA EVOLUCIÓN

P. Madrigal Laguia¹; A. Martínez Más²; I. Martínez Ardit²; J. López Díez¹; J. López Marín¹; C. Ariza Copado³.

¹Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia.;²Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia.;³Medica adjunta medicina familiar y comunitaria. centro de salud isaac peral. cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años que consulta en Atención Primaria por dolor en costado izquierdo de ritmo mecánico de 4 días de evolución y sensación disneica. No fiebre termometrada. Niega esfuerzo físico. Antecedentes personales: Asma juvenil, lumbociatalgia.

Exploración y pruebas complementarias: En consulta de Atención Primaria, AC: ritmo sinusal, sin soplos, AP: murmullo vesicular conservado, con crepitantes húmedos en base pulmón izquierdo, afebril, FC: 83 lpm, SAT02: 95%, ECG: ritmo sinusal a 83 lpm, BCRDH, sin alteraciones de la repolarización. Se solicita radiografía de tórax que muestra Infiltrado alveolar con broncograma aéreo en base izquierda, siendo diagnosticado de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) e iniciando tratamiento ambulatorio con levofloxacino 500 mg/24h y analgesia durante 10 días. Tras finalizar dicho tratamiento, acude de nuevo a consulta refiriendo persistencia de la sintomatología, con incremento de la disnea con SAT02 89%, por lo que se decide remitir de manera urgente a Neumología donde en nueva radiografía torácica se objetiva empeoramiento infiltrado lóbulo inferior izquierdo (LII) con derrame pleural asociado, solicitándose análisis líquido pleural: negativo y TAC torácico: infiltrado alveolar en LII y como hallazgo casual un tromboembolismo pulmonar (TEP) de la arteria pulmonar derecha. Para completar estudio, se solicitan marcadores tumorales: negativo, Eco-MMII: trombosis parcial MID y Eco-cardio: normal. Actualmente se encuentra estable y en seguimiento en nuestra consulta con episodios de hiperreactividad bronquial y control estricto de coagulación.

Juicio clínico: Neumonía basal derecha con derrame pleural asociado. TEP arteria pulmonar derecha.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis pulmonar, Insuficiencia cardiaca, Carcinoma broncogénico.

Comentario final: En el ámbito de Atención Primaria es de vital importancia una correcta clasificación del riesgo de mortalidad ante NAC, con el fin de instaurar tratamiento ambulatorio o ingreso hospitalario utilizando escalas como FINE o CURB65. Además, ante neumonías de evolución tórpida, debemos derivar al servicio de urgencias y/o neumología para un estudio exhaustivo, dado que patologías subyacentes potencialmente mortales para el paciente pueden pasar inadvertidas.

Bibliografía

Menéndez R et al; Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Arch Bronconeumol. 2010;46(10):543-558.