

## 349/8 - DOCTOR, ME DUELE MUCHO EL PECHO

B. Costa Martínez<sup>1</sup>; B. Sanchís Pardo<sup>2</sup>; M. Rodríguez Romero<sup>3</sup>; M. Tovar Peñaranda<sup>2</sup>; T. Segura Úbeda<sup>4</sup>; N. Ñiguez Baños<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.;<sup>2</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Centro San Juan.;<sup>3</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Profesor Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia.;<sup>4</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Gracia. Murcia.;<sup>5</sup>Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 35 años de edad sin alergias medicamentosas. No DM. No HTA. No dislipemia. Fumador de 12 cigarros al día. Niega hábitos tóxicos. No cardiopatías ni broncopatías conocidas. Intervenido de fimosis. No tratamiento habitual. Trabajador agrícola. Paciente que consulta por disnea de reposo que comenzó de forma súbita hace aproximadamente 3 horas. Además, refiere dolor de características pleuromecánicas (empeora con los movimientos respiratorios) a nivel de hemicárdax izquierdo. No tos ni expectoración. No fiebre termometrada. No autoescucha de sibilancias. No oliguria ni alteraciones en la orina. Niega traumatismo o sobreesfuerzo físico en los días previos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. Normohidratado y palidez cutánea. Taquipneico (FR 22) en reposo pero sin uso de musculatura accesoria. TA 141/76, FC 100 lpm, Sat 97%, T<sup>a</sup> 36,5<sup>o</sup>. AC: rítmica, sin soplos audibles. AP: MVC en hemicárdax derecho e hipofonesis en hemicárdax izquierdo, mayor a nivel de la base pulmonar. Abdomen blando y depresible. No puntos dolorosos ni signos de irritación peritoneal. No visceromegalias. PPRB negativa. MMII. No edemas ni signos TVP, pulsos distales conservados. ECG: Taquicardia sinusal. No alteraciones en la repolarización. En urgencias hospitalarias, Analítica: glucosa 101, creatinina 0,70, sodio 143, potasio 4,7. Hemograma: Hb 12,4, Hto 39%, VCM 89, plaquetas 506.000, leucocitos 13.000 (90% N). Coagulación normal. Radiografía tórax: consolidación a nivel de lóbulo inferior izquierdo y obliteración del seno costofrénico ipsilateral.

**Juicio clínico:** Neumonía basal izquierda.

**Diagnóstico diferencial:** Neumotórax espontáneo, Síndrome coronario agudo, Tromboembolismo pulmonar.

**Comentario final:** La disnea aguda es siempre una situación potencialmente grave y, por tanto, requiere atención urgente y diagnóstico temprano. Representa una causa frecuente de consulta médica (hasta 20% de urgencias hospitalarias) y como síntoma aislado es más frecuente en el neumotórax y en el embolismo pulmonar. El tiempo de evolución y los antecedentes personales nos permiten situarnos ante los principales diagnósticos de sospecha.

### Bibliografía

Sanz Trepiana. L, Fernández Gil, C. Disnea. En: Aguilar Rodríguez. F, et al. Hospital Universitario 12 de Octubre. Manual de diagnóstico y Terapéutica Médica. 7<sup>a</sup> edición. Madrid. 2012. P.83-90.

Fuentes.R, Gómez-Pérez. A, Gutierrez Díez.A, et al. Disnea Aguda. En: New Green Book. Diagnóstico y Tratamiento Médico. 2015. Madrid. p.12-46.