



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/30 - DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICA, IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES

R. Dueñas Vargas<sup>a</sup>, A. Serrano Camacho<sup>b</sup> y A. Martínez Quesada<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Retamar. Hospital de Alta Resolución de El Toyo. Almería. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud San Isidro. Almería.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 79 años que acudió a consulta por comienzo de forma brusca de disnea y dolor costal derecho intenso. Afebril, tos seca sin expectoración, odinofagia. Fue dada de alta por M. Interna 12 días antes por neumonía por *S. pneumoniae* con tratamiento antibiótico domiciliario con amoxicilina/clavulánico que posteriormente se cambió a levofloxacino hasta 2 días antes. La paciente refiere dolor similar al que presentó durante el cuadro que provocó el ingreso por neumonía. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, estenosis aórtica grave, insuficiencia cardíaca, anemia de trastornos crónicos y carencial, episodio de hemorragia digestiva aguda por úlcera prepilórica, hernia de hiato.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ta: 175/80. SatO<sub>2</sub> 97% (con O<sub>2</sub> en gafas nasales). T<sup>a</sup> 36,5 °C. Buen estado general, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo, tolera decúbito. ACR: tonos rítmicos, soplos eyectivo en foco aórtico. Hipoventilación en base pulmonar derecha. Abdomen blando, depresible, no doloroso. Miembros inferiores: mínimos edemas con fovea. No signos de trombosis. Signos de insuficiencia venosa crónica. Bioquímica: PCR 5,5 mg/dl, resto normal. Hemograma: Hb 9,9, leucocitos 8.120 (neutrófilos 77%). Coagulación sin alteraciones. Radiografía de tórax: ICT > 50%, presencia de gran bulla en base pulmonar no presente en Rx previas (dudosa etiología relacionada con cámara gástrica). Cultivo de esputo: negativo. TAC tórax: pequeñas adenopatías a nivel prevascular. A nivel parenquimatoso infiltrado de baja densidad nodular centroacinar que afecta a ambos lóbulos superiores con discreto engrosamiento septal. Se recomienda control por imagen. Gran hernia de hiato con la totalidad del cuerpo y fundus gástrico en cavidad torácica que provoca atelectasias basales bilaterales. Derrame pleural basal izquierdo y laminar derecho.

**Juicio clínico:** Disnea y dolor costal secundarios a hernia de hiato gigante.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía, neumotórax, TEP, dolor osteo-muscular.

**Comentario final:** En este caso la paciente describía un episodio similar a la neumonía que presentó 12 días antes y que precisó de ingreso hospitalario. En atención primaria se solicitó Rx de tórax y dados los resultados se derivó a urgencias hospitalarias siendo ingresada de nuevo para realización de pruebas complementarias. Dados sus antecedentes y atendiendo a los síntomas que presentaba la paciente había que tener muy en cuenta una recaída de la neumonía o de la hernia de hiato que estuviesen produciendo complicaciones.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2015.
2. Farreras-Rozman Medicina interna, 16ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.