



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2501 - VARÓN DE 79 AÑOS CON CUADRO CATARRAL Y FIEBRE PERSISTENTE A PESAR DE VARIOS TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS

L. González Coronil<sup>a</sup>, P. Mimoso Bartolomé<sup>b</sup>, J. Martínez de Mandojana Hernández<sup>c</sup>, J. Capón Álvarez<sup>c</sup>, V. Lumbreras González<sup>c</sup>, A.M. Tierra Rodríguez<sup>d</sup>, L. Bendek Quevedo<sup>e</sup>, S. Vidal Rodríguez<sup>c</sup> y J. Cancelas Collazo<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bierzo. León.

<sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Interna; <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital el Bierzo. León. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 79 años que presenta tos intensa, expectoración amarillenta y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. No AMC, exfumador desde hace 30 años, HTA, silicosis de 2º grado, disnea basal grado 2, cardiopatía isquémica, trombocitopenia esencial, HBP. Tratamiento habitual: vitamina B12, acfol, omeprazol, hydrea, adiro, alopurinol, tamsulosina, vesicare.

**Exploración y pruebas complementarias:** Eupneico en reposo. Tª 37 °C. TA: 166/60. FC: 104. Saturación de oxígeno basal: 86%. ACP: soplo sistólico panfocal, hipofonesis global con roncus aislado. EEII: mínimos edemas bimalleolares. Analítica: Hb 9. leucos 10.900 (76% N). Plaquetas 147.300. Glucosa 115. Urea 91. Creatinina 1,6. Na 139. K 5,3. GAB: pH 7,48, pCO2 26, pO2 51, bicarbonato 19, saturación 90%. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm. Rx tórax: índice cardiotorácico 45%, elongación del cayado de la aorta, masas de fibrosis masiva progresiva en ambos hemicampos sin cambios respecto a previas. Mínimo pinzamiento de seno costofrénico derecho. TAC arterias pulmonares: no datos de TEP. Hemocultivos, urocultivos, cultivo esputo y aspirado bronquial negativos. Ecocardiograma transtorácico: no imágenes claras de endocarditis. Ecocardiograma transesofágico: estudio negativo para endocarditis. Serologías: VHC, VIH y rosa bengala negativos. Biopsia cutánea: cuadro morfológico de eritema nodoso. Fibrobroncoscopia: sin hallazgos significativos.

**Juicio clínico:** Infección respiratoria tipo bronquitis aguda, insuficiencia respiratoria parcial, expectoración hemoptoica autolimitada por bronquiectasias.

**Diagnóstico diferencial:** Tuberculosis, TEP, insuficiencia cardíaca, sarcoidosis.

**Comentario final:** El paciente acudió a su MAP por cuadro catarral presentando mala evolución motivo por el cual se envía a urgencias hospitalarias, donde lo evalúan y se ingresa en Neumología. Se trata con Augmentine persistiendo la fiebre y la clínica, ampliándose el espectro con tazocel y posteriormente linezolid y amikacina. Tras varios días, persiste la fiebre y aparecen lesiones nodulares eritematosas y dolorosas en EEII y EESS, realizándose interconsulta a dermatología que realiza biopsia y pauta corticoides, produciéndose mejoría y decidiéndose alta. Es importante una

atención integrada del paciente para el correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su patología.

### **Bibliografía**

1. Longo L, Kasper DL, Jameson JL, et al Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2013.

**Palabras clave:** *Insuficiencia respiratoria. Eritema nodoso.*