



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1192 - ETIOLOGÍA DE LA DISNEA

S. Zarza Martínez¹, M. Martínez Picón², J. Monllor Méndez³ y C. Díaz-Parreño Quintanar²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Puebla de Almoradiel. La Puebla de Almoradiel. Toledo. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. ³Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarta de San Juan. Villarta de San Juan. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 36 años, exfumadora. Antecedentes: neumonía cavitada por tuberculosis (TBC) pulmonar tratada, tiroiditis de Hashimoto (hipotiroidea), edemas crónicos de miembros inferiores (MMII), disnea y ortopnea desde hace un año. Tratamiento: levotiroxina. Presenta tos, dolor torácico ocasional asociado, mayor disnea y edemas de MMII desde hace 7 días y náuseas con ingesta. Hace 3 días presenta sudoración y fiebre. Ingreso en Medicina Interna tras exploración y realización de radiografía de tórax. Tratamiento con ceftriaxona y claritromicina, oxigenoterapia, aerosolterapia, diurético y digoxina. Evoluciona favorablemente, asintomática al alta sin oxigenoterapia diurna.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: afebril, normotensa; Frecuencia cardíaca 88 lpm; Saturación O₂ 93% (gafas nasales a 2 lpm). Eupneica en reposo, taquipneica al hablar. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos. Crepitantes en tercio medio de hemitórax derecho y tercio superior de hemitórax izquierdo. Abdomen: hepatomegalia. MMII: edemas hasta muslos bilaterales. Análisis: leucocitos 17.200/uL con neutrofilia; INR 2,24; GOT 1.962 UI/L; GPT 1.121 UI/L; BilT/BD 2,7 mg/dL/1,9 mg/dL; PCR 26 mg/dL; Gasometría arterial: pH 7,37, pCO₂ 47, pO₂ 52, HCO₃ 26, lactato 2,8. TSH 0,16. Radiografía tórax: Infiltrados sobre cicatrices de lóbulo medio, lóbulo inferior derecho y lóbulo superior izquierdo (LSI). Ecocardiograma: hipertensión pulmonar (HTP) grave. Cultivo de esputo: *S. pneumoniae*. Estudio micobacterias negativo. Espirometría: obstrucción muy grave, restricción leve. Tomografía computarizada sin datos de tromboembolismo pulmonar.

Orientación diagnóstica: Neumonía. Lesiones cicatriciales con retracción hiliar y engrosamiento pleural por TBC previa en LSI. HTP grave con disfunción sistólica derecha. Hepatomegalia congestiva y fallo hepático secundarios.

Diagnóstico diferencial: Neumonía. Reactivación TBC. Insuficiencia cardíaca. Cáncer pulmonar.

Comentario final: Ante una disnea de reciente comienzo y progresiva debemos realizar un estudio completo para descartar patología grave y/o importante, evitando así complicaciones posteriormente. En este caso se podría pensar al inicio que la disnea se desencadena por el hábito tabáquico previo y la baja forma física asociado al antecedente de TBC, viendo tras el estudio que se

trata de una complicación del TBC previa que precisa tratamiento.

Bibliografía

1. Suárez Pita D, et al. Hospital Universitario 12 de octubre: Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 8ª ed. Madrid: MSD; 2016.

Palabras clave: Disnea. Tuberculosis. Hipertensión pulmonar.