



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/50 - DIÁLISIS Y DISNEA, UNA MALA COMBINACIÓN

M. Molina Gracia<sup>a</sup>, G. Navarro Lorenzo<sup>b</sup>, N. Moya Quesada<sup>c</sup> y F. López González<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huércal de Almería. UGC Bajo Andarax. Almería.

<sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Cañada. Almería.

### Resumen

**Descripción del caso:** MC; disnea de reciente comienzo en paciente dializado. Varón de 45 años. NAMC. No hábitos tóxicos. Ap: enfermedad renal crónica estadio v, hemodializado y portador de catéter yugular permanente. HTA, hepatitis B, anemia ferropénica. Tratamiento activo: nifedipino 30 mg/24 h. Doxazosina 4 mg/24h, adiro 100/24h, alopurinol 100 mg/24h, ácido fólico mg/24h, omeprazol 20 mg/24h. Enfermedad actual: paciente natural de Nigeria dializado mediante catéter yugular derecho permanente que acude a consulta por disnea de reciente comienzo, febrícula y dolor en muñeca izquierda sin traumatismo previo.

**Exploración y pruebas complementarias:** CyO, bien hidratado y perfundido, disnea leve sin tiraje. Glasgow 15. TA: 150/95. T<sup>a</sup> 37,7 °C. ACR: tonos rítmicos sin soplos. MV disminuido en hemitórax derecho. Neurológica: PINR, pares craneales conservados. No focalidad. No signos meníngeos. Fuerza y sensibilidad conservadas. Sin alteraciones de la coordinación ni la marcha. Abdomen: blando y depresible, no se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. MMSS: dolor y tumefacción de muñeca izquierda con limitación de movilidad activa. MMII: sequedad cutánea sin edemas. No signos de TVP. EKG: taquicardia sinusal a 125 lpm. Eje izquierdo. PR 0,12. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización. No signos de flogosis en zona de inserción de catéter. El paciente es derivado a urgencias hospitalarias para estudio. Analítica: HB 10 g/dl, HTO 30,3, leucocitos 14.140 (neutrófilos 75%), plaquetas 166.000. Creatinina 5,74, urea 64, glucosa 113, Na 133, K 4,43, PCR 28,7. Rx tórax: infiltrado basal derecho. Rx muñeca izquierda normal. Ecocardiografía transtorácica: catéter muy progresado, adosado a pared lateral de aurícula derecha con imagen de masa (2,9 × 2,5 cm) no móvil ni vibrátil adherida al extremo distal. Se piden hemocultivos, urocultivo, cultivo de líquido articular e ingresa a cargo de medicina interna para tratamiento y posterior extracción del catéter.

**Juicio clínico:** Infección de catéter central por *S. aureus* + vegetación sobre catéter infectado. Bacteriemia por *S. aureus*.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía, alteraciones hidroelectrolíticas y del pH en ERC, tromboembolismo pulmonar, edema agudo de pulmón. Sepsis. Crisis HTA.

**Comentario final:** Integrar los antecedentes personales del paciente es una de las mejores

referencias de orientación diagnóstica de las que el médico dispone.

## **Bibliografía**

1. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015.
2. Jiménez Murillo L, Montero FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2015.