



## 253/84 - UN CASO DE RESTRICCIÓN PULMONAR POR DOLOR

T. Pietrosanto, G. Sánchez López, L. Infantes Córdova y A. Aguado Castaños

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Vicente I. San Vicente del Raspeig. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 66 años de edad que acude a servicio de urgencias por dolor costal izquierdo 20 días antes. Niega fiebre, tos u otros síntomas respiratorios. Refiere traumatismo costal leve previo al que no atribuyó importancia. Dolor leve que cedía con paracetamol que aumentado de intensidad hasta episodio actual con dolor brusco, intenso que no cede con AINEs. En urgencias el dolor no cede con mórnicos. El estado general de la paciente empeora con desaturación a O<sub>2</sub> 87%. Taquipnea, dolor intenso que irradia a todo hemotórax izquierdo, brazo izquierdo y cuello, taquipnea FR 30 rpm. A la gasometría arterial se evidencia insuficiencia respiratoria. Coagulación y dímero-D normales. Alteraciones de la repolarización en ECG. Con sospecha de disección aórtica se solicita angio-TC urgente sin observarse flap intimal ni otros signos que sugieran disección aórtica. Se descartan también fracturas y lesiones óseas.

**Exploración y pruebas complementarias:** PCR 0,94 mg/dl. Leucocitos 16.000/μl (78,6% N), resto de bioquímica y hemograma sin alteraciones. Gasometría arterial: pH 7,42, pCO<sub>2</sub> 38mmHg, pO<sub>2</sub> 61 mmHg, HCO<sub>3</sub> 24,6 mmol/l, lactato 2,1 mmol/l. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm PR normal. QRS estrecho. Eje 0°. T negativa en I, aVL, V4-V6 punto J elevado V1-3. Troponina ultrasensible seriada < 5. Rx tórax: SCF ocupados, ICT normal, botín aórtico prominente, no signos de IC. Ecocardiograma: VI no dilatado ni hipertrófico con función sistólica conservada, no IT, VD normal No derramen pericárdico vena cava inferior no dilatada. Angio-TC vascular de aorta abdominal + TC torácico: atelectasias de los segmentos posteriores del lóbulo inferior derecho, de la totalidad del lóbulo inferior izquierdo y de la llingula.

**Juicio clínico:** Atelectasias bibasales.

**Diagnóstico diferencial:** Tromboembolismo pulmonar. Disección aórtica.

**Comentario final:** La anamnesis es el paso más importante para una correcta orientación diagnóstica. Es importante poner la atención en detalles que para el paciente son marginales pero pueden ser la clave del problema.

### Bibliografía

1. Andino Ruiz R, Arevalillo Fernández N, García Rico I, et al. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la disnea y la insuficiencia respiratoria aguda en Urgencias. Medicine-Programa de

Formación Médica Continuada Acreditado. 2014;11:3768-72.

**Palabras clave:** Disnea. Insuficiencia respiratoria. Dolor torácico.