



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1537 - DOCTOR, ME DUELE TODO

L. Fernández Salinas^a, Á.H. Góngora Tirado^b, E.C. Castillo Espinoza^c, Z.M. Correcher Salvador^b, M. Ferrer Esteve^a, J.I. García García^d, J.C. Gómez Adrián^e, H. Rodríguez^f, M. Camarasa Vidal^f y J. Prieto Nave^g

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^dMédico de Familia. Centro de Almassora. Castellón. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Hospital General de Castellón. Castellón. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 33 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a su médico de cabecera describiendo cuadro de 5 días de evolución, caracterizado por malestar general con dolor generalizado, astenia y anorexia, asociado a sensación distérmica sin fiebre termometrada, sin dolor torácico, disnea u otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: REG, consciente y orientada. Normohidratada y normocoloreada. Eupneica en reposo. Sat: 97%, T^a: 38,3 °C, TA: 127/62; FC:83 ppm. ORF: hiperémica sin exudados tonsilares sin hiperemia amigdalár. Otoscopia bilateral normal. No adenopatías ni bocio. ACP: tonos rítmicos sin soplos. MVC, sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica y abdominal sin signos destacables. No edemas en MMII, pulsos distales bilaterales presentes y simétricos. No afectación cutánea. Se solicitan hemograma, coagulación y bioquímica con carácter preferente destacando discreta leucocitosis (12.000) con desviación izquierda y PCR de 34,06. Labstix de orina: en rango de normalidad. Rx tórax: aumento de opacidad parahiliar derecha.

Juicio clínico: Neumonía atípica adquirida en la comunidad.

Diagnóstico diferencial: Desde un principio se planteó el caso como una posible viriasis dado el cuadro clínico y las características de la paciente (mujer joven sin antecedentes personales), pero dada su afectación general, saturación y sd. febril sin foco se decide completar estudio con pruebas de laboratorio e imagen para descartar procesos infecciosos, fundamentalmente respiratorios como neumonía y TBC, pero también abdominales y genitourinarios (pielonefritis, colecistitis, EII, sarcoidosis, alteración tiroidea...).

Comentario final: Dado el malestar general de la paciente y el tiempo de evolución se decide instaurar tratamiento sintomático con paracetamol 1 g cada 8h a la espera de los resultados de pruebas complementarias. Veinticuatro horas después y con dichos resultados se decide instaurar tratamiento a levofloxacino de 500 mg cada 24 horas durante 10 días y continuar con paracetamol,

con lo que la paciente evoluciona satisfactoriamente resolviéndose el cuadro clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Actuación en Urgencias. 4ª edición. Vázquez Lima.
2. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias, 4ª edición. CH Toledo, 2014.