



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2680 - No todo es crónico

E. Méndez Rodríguez^a, R. Cuadra San Miguel^b, B. Peleteiro Cobo^c, J. Capón Álvarez^d, V. Lumbreras González^d, J. Martínez de Mandojana Hernández^d, Á. Morán Bayón^e, Á. Díaz Rodríguez^f, E. García Noeda^g y O. Mahmoud Atoui^h

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar. Centro de Salud Bembibre. León. ^bMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Ponferrada II. León. ^cMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud de Bembibre. León. ^dMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Bembibre. León. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan. Salamanca. ^fMédico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Lípidos de SEMERGEN. ^gMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. Pico Tuerto. León. ^hMédico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años. Síndrome coronario agudo sin elevación de ST hace 1 mes objetivándose enfermedad coronaria de un vaso e implantándose stent farmacoactivo en coronaria derecha media. En tratamiento con: pantoprazol 40 mg, paracetamol 1 g, Disgren 300 mg, Brilique 90 mg, atorvastatina 80 mg, Trankimazin 0,25 mg. Acude a nuestra consulta por continuar con disnea y dolor torácico atípico, desde su ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: BEG: BEG, consciente y orientado. TA: 106/64. Afebril. Eupneico. AC: rítmico, sin soplos. AP: disminución generalizada del murmullo vesicular con crepitantes aislados, en bases pulmonares. No complicaciones en zona de punción. No edemas. ECG: Ritmo sinusal de frecuencia 95 lpm. Hemibloqueo anterior izq. Bloqueo incompleto en la rama daca del haz de Hiss. Analítica: hemograma normal, bioquímica: urea 51, ácido úrico 8,1, colesterol 214, triglicéridos, 239, HDL 24, LDL 142. Resto normal. Rx tórax: bulla en lóbulo inferior izquierdo, con nivel hidroaéreo.

Juicio clínico: Absceso pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Quiste hidatídico. Empiema. Cardiopatía isquémica.

Comentario final: Paciente en seguimiento por el servicio de cardiología, los cuales relacionaban la sintomatología del paciente con secuelas de la cardiopatía isquémica. Tras ser valorado en nuestra consulta de AP y solicitada la Rx de tórax, se deriva a neumología para estudio. El paciente en un primer momento se diagnostica de quiste hidatídico abierto a árbol bronquial en tratamiento con albendazol. Tras una nueva reevaluación se diagnostica de absceso pulmonar cambiando el tratamiento a moxifloxacino, con mejoría clínica del paciente. En todos los pacientes crónicos es muy importante la exploración y la reevaluación de sus síntomas, para diferenciar los síntomas crónicos asociados a su patología de base. Y no caer en la inercia de "culpar" a su enfermedad crónica de todos los síntomas del paciente. Y para finalizar hacer énfasis en los datos analíticos del paciente, con un HDL muy bajo y LDL muy por encima de sus objetivos, aunque es pronto para una valoración

analítica, ya que solo ha pasado un mes, tendremos que realizar un seguimiento estricto para controlar a nuestro paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Actuación en Atención Primaria. SmFYC. 4ª edición, 2011.
2. Kuhajda I, Zarogoulidis K, Tsirgogianni K, Tsavlis D, Kioumis I, Kosmidis C, Tsakiridis K, Mpakas A, Zarogoulidis P, Zissimopoulos A, Baloukas D, Kuhajda D. Lung abscess-etiology, diagnostic and treatment options. *Ann Transl Med.* 2015.