



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1544 - ¡DOCTOR, NECESITO UN INYECTABLE!

F. Soriano Gómez^a, F.J. Roquette Mateos^b, I. Gómez Bruque^b, C. Bravo Lucena^b, J.J. Castro Moreno^c e I. López Macías^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azahara-Occidente. Córdoba.

^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. UGC La Carlota. Córdoba.

^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lucena I. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: no AMC; no HTA, no DM, no dislipemia. No cardiópata ni broncópatas conocidos. Hábitos tóxicos: Exfumador hasta hace 8 años de 1 paq/día. IABVD. Trabaja en una empresa de depuración de plásticos (metacrilato). IQx: ninguna. Tratamiento habitual: no refiere. Enfermedad actual: varón de 48 años acude a la consulta de MAP solicitando analgesia inyectable por dorsalgia derecha de una semana de evolución irradiada a cara anterior del mismo lado que aumenta con los movimientos y se prescribe ibuprofeno. Dos días posteriores acude de nuevo a nuestra consulta de MAP refiriendo escasa mejoría de la dorsalgia y comenta dolor torácico no irradiado que empeora con la tos y la respiración persistiendo cuadro catarral de unos 15 días de evolución. No síndrome constitucional. Tras realización de Rx tórax sospechando neumonía en lóbulo medio derecho decidimos derivarlo al servicio de Urgencias donde fue ingresado en planta de Neumología.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, consciente, orientado, colaborador. Normohidratado y normoperfundido, disneico reposo SatO₂: 94% TAS: 115/78 FC:135 lpm. T^{ax}: 37,8 °C. Dolor a la palpación selectiva de la musculatura paravertebral dorsal. ACR: rítmico a frecuencia rápida sin soplos. Abolición del murmullo vesicular desde campo medio en hemitórax derecho y MVC en hemitórax izquierdo sin ruidos sobreañadidos. Abdomen y exploración neurológica dentro de la normalidad. EEII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos presentes y simétricos. Analítica: hemograma: Hb: 14,4 g/dl, Hcto: 43,9% VCM: 91; leucos: 28.100 (N: 90,5% abs: 25.400), plaquetas: 186.000; bioquímica: glucosa: 108 mg/dl, urea: 67, creatinina: 1,4 iones dentro de la normalidad y coagulación normal. GSA (FiO₂ 21%): pH: 7,46 PaO₂: 57, PaCO₂: 30, HCO₃: 21. Rx tórax: condensación en lóbulo medio (LM) con atelectasia y elevación del hemidiafragma derecho y aumento de densidad en lóbulo superior izquierdo (LSI). Senos costofrénicos libres. ICT dentro de la normalidad. TAC tórax: hallazgos sugestivos de proceso infeccioso (neumonía multifocal: LM, LID y segmento anterior del LSI) y derrame pleural metaneumónico.

Juicio clínico: Neumonía bilateral (LM y LSI) y atelectasia del LM con derrame pleural metaneumónico ipsilateral encapsulado.

Diagnóstico diferencial: Espondiloartrosis vertebral, espondilolistesis/espondilolisis, hiperostosis anquilosante vertebral, artropatía neuropática, hernias discales dorsales, esguince dorsal, fracturas traumáticas, osteoporosis, osteomalacia, hiperparatiroidismo primario, osteodistrofia renal; hernia hiato, ulcus, patología pancreático-biliar; cardiopatía isquémica, aneurisma de aorta, patología pulmonar (tumores, derrame pleural), hematoma retroperitoneal, tumores retroperitoneales, bursitis interespinosas y dorsalgia de origen psicógeno.

Comentario final: El dolor de espalda que se localiza en la región torácica o dorsal se denomina dorsalgia y como hemos visto tiene un amplio diagnóstico diferencial donde la historia clínica es fundamental para la orientación diagnóstica y el examen físico es de gran ayuda y debe constar de una exploración general exhaustiva. El médico de familia es quien realiza la atención continuada del tratamiento, prevención de recaídas y control de la enfermedad con la posterior realización de una Rx control y analítica obteniendo remisión de la patología pulmonar.

BIBLIOGRAFÍA

1.
<http://www.monografias.com/trabajos88/diagnostico-sindromes-sistema-osteomioarticular/diagnostico.shtml>
2. Harrison, principios de Medicina Interna, 17^a edición, Mc Graw-Hill.
3. Fisterra.com. Atención Primaria en la Red.