



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1716 - Doctora, me ahogo

A.M. Moreno Rodríguez<sup>a</sup>, C. Naranjo Muñoz<sup>a</sup>, M. Pérez Eslava<sup>b</sup>, L. Rosano Duarte<sup>c</sup> y J. Naranjo Muñoz<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Zahara de los Atunes. Cádiz. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Nefrología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 59 años que acude a su Médico de Atención Primaria porque desde el día anterior tiene disnea, tos con expectoración asociada, sensación distérmica no termometrada, sudoración y tiritona. Acompañado además de secreciones por oído derecho con acúfenos e hipoacusia y disminución del apetito en los últimos días. No síndrome constitucional, no dolor torácico, no clínica miccional ni intestinal. A la exploración destaca: MEG, hipotensión, taquicardia e hipoventilación con sibilancias en hemitórax izquierdo. Ante la fuerte sospecha de sepsis se deriva a Urgencias Hospitalarias. Tras su llegada al Hospital y realizar las pruebas pertinentes se confirma shock séptico de origen respiratorio y se procede a tratamiento e ingreso en Neumología. Como antecedentes personales: No Ramc, Fumador de 30 cig/día. Criterios clínicos de BC. Trabaja en astilleros. Bebedor moderado. No FRCV. No cirugías previas. No tratamiento crónico habitual.

**Exploración y pruebas complementarias:** REG, COC, eupneico con GN a 2 lpm con SpO2 96%, T<sup>a</sup>: 39 °C, TA: 70/50 mmHg, FC 110 lpm. ACP: rítmico sin soplos audibles, MV disminuido con sibilancias espiratorias en hemitórax izquierdo y roncus bilaterales. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. MMII: no edemas, ni signos de TVP. Otoscopia: otitis media derecha. ORF: sin hallazgos de interés. No adenopatías. Analítica: HG: Hb 14, leucocitos 5.320 (85% N), plaquetas 183.000. BQ: urea 78, cr 1,3, lactato 25, PCR 290, PCT 6,1. CG: normal. GSV: pH 7,49, pCO2 30, pO2 45, HCO3 22. SO normal. Rx tórax: masa voluminosa mediastínica anterior que impronta sobre hemitórax izquierdo y aumento de densidad en vértice pulmonar derecho. Hemocultivo: neumococo sensible a penicilina. Ag urinario: neumococo positivo. TAC torácico: hallazgos compatibles con neoplasia pulmonar del LSI-língula en estadio T4N2-3M0-1a. PAAF transtorácica guiada por ecografía: células inflamatorias y de otra naturaleza que no se puede precisar. Citología bronquial: sin evidencia de células tumorales. Biopsia bronquial: mucosa edematizada, inflamación mixta y tejido de granulación, sin evidencia de malignidad. TAC torácico de control al mes: comparado con TAC previo, se aprecia desaparición de la condensación del pulmón derecho y las imágenes pseudonodulares del LII compatible con focos neumónicos resueltos. Se aprecia una imagen sugestiva de absceso en el LSI. Se recomienda realización de control evolutivo hasta su resolución.

**Juicio clínico:** Sepsis grave de origen respiratorio por neumonía neumocócica. Probable absceso en LSI secundario.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasia pulmonar, neoplasia mediastínica, insuficiencia cardíaca, EAP,

taponamiento cardíaco, cardiopatía isquémica, SDRA, TEP, neumotórax.

**Comentario final:** El paciente tuvo una evolución favorable, se administró sueroterapia, ceftriaxona, levofloxacino, BD nebulizados, HBPM e IBP y en la actualidad se encuentra en seguimiento por Neumología. La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa en la importancia de establecer una buena comunicación y relación interprofesional para la obtención de un buen diagnóstico, tratamiento y seguimiento, de forma rápida y eficaz. Hay que tener siempre en cuenta hasta el final los posibles diagnósticos diferenciales y su frecuencia de aparición, sin dar por supuesto un diagnóstico hasta no completar el estudio.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rodríguez García JL, Arévalo Serrano J, et al. Diagnóstico y Tratamiento Médico. GreenBook.
2.  
<http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/tumores-toracios/cancer-de-pulmon>