



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1574 - Dolor pleurítico

R. Alonso Iglesias^a, Á.F. Viola Candela^b, C. Sánchez Peinador^b, M. Robles Torres^c, G. Lucía Ramos^c y A.J. Rosario Mena^d

^aResidente de 4º año. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 24 años de edad que desde hace 2 semanas presenta clínica catarral. Refiere cuadro de tos sin expectoración. No hemoptisis. No fiebre. Desde hace 48 horas ha comenzado con sensación disneica y dolor en costado derecho, que es de tipo pinchazo y no se irradia. Dicho dolor, se exacerba con la inspiración profunda y se modifica con los movimientos posturales. No cuadros sincopales. No náuseas ni vómitos. No dolor abdominal. No cambios en el hábito intestinal. Última menstruación: 1/06/2014. No otra sintomatología. Sin antecedentes personales de interés. Amigdalectomizada. En tratamiento con anticonceptivos orales. NAMC.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 131/90; Temp: 36,9 °C; FC: 88; Saturación O2: 98%. BEG. Consciente y orientada. Normohidratada. Normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneica en reposo. Colabora. Tórax: AC: Taquicárdica con tonos rítmicos. No soplos. AP: MVC en ambos campos. Abdomen: blando y depresible. No doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias. EEII: no edemas, no signos de TVP. Pulsos pedios presentes. Analítica: Hb: 13,7 g/dl; hematocrito: 39,6%; VCM: 87,4 fl; HCM: 30,2 pg; leucocitos: 10.350 µL; neutrófilos: 7.780 µL; plaquetas: 273.000 fl. Dímeros D: 0,4 µg/ml. Glucosa: 84 mg/dl; urea: 19 mg/dl; Cr: 0,69 mg/dl. PCR: 3,12 mg/dl. Rx tórax: imagen de condensación en lóbulo superior derecho. ECG: ritmo sinusal a 85 lpm. Eje a 0°. BIRDDH. Sin otras alteraciones de la repolarización.

Juicio clínico: Neumonía en lóbulo superior derecho.

Diagnóstico diferencial: Con causas de dolor pleurítico: neumonía, dolor muscular; TEP, pericarditis y neumotórax.

Comentario final: Se inicia tratamiento antibiótico con levofloxacino de 500 mg/1 comprimido cada 24 horas durante 7 días. Ibuprofeno 600 si fiebre o dolor. La neumonía adquirida en la comunidad es una patología muy frecuente, que puede ser diagnosticada en la consulta de atención primaria, mediante la anamnesis, exploración física, constantes y radiografía de tórax. Además, siempre que esté indicado, se debería realizar tratamiento domiciliario y seguimiento por su médico de cabecera, por resultar más beneficioso para el paciente. Así se evitarían mayor coste sanitario, posibles complicaciones hospitalarias y se podría hacer seguimiento y control radiológico más estrecho desde

atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schünemann HJ, Jaeschke R, Cook DJ, Bria WF, El-Solh AA, Ernst A, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2006;174:605-14.