



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1525 - Quien la sigue la consigue

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

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

Resumen

Descripción del caso: Varón de 21 años, de nacionalidad inglesa residente en España desde hace 30 días. Consumidor de 19 gr de alcohol diarios y fumador de 2,5 paq/año. Asmático en tratamiento con tiotropio y salbutamol. Acude a servicio de atención continuada de su Centro de Salud refiriendo sensación distérmica sin fiebre termometrada desde hace tres días, que mejora parcialmente con paracetamol. Tras constantes y exploración anodina se pauta tratamiento sintomático. Cuarenta y ocho horas después acude nuevamente con 39,5 °C y epigastralgia irradiada a hemiabdomen derecho asociado desde esa madrugada a deposiciones diarreicas sin productos patológicos. Niega otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, afectado, consciente y orientado. Palidez cutáneo-mucosa y sudoración profusa. T^a 39,7 °C. TA 110/60 mmHg. FC 115 lpm. Sat 99%. Eupneico. ACP: rítmico sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. A la palpación abdominal destaca dolor en epigastrio, hipocondrio derecho y fosa ilíaca homolateral, sin signos de irritación peritoneal. Neurológicas y resto de exploraciones anodinas. Se deriva a urgencias hospitalarias donde se confirma la exploración física y se realizan pruebas complementarias. Destacan: leucocitosis de 26.790 con desviación izquierda y PCR: 229,43 mg/dl. Gasometría arterial, patrón hepático y coagulación sin alteraciones. ECG, radiografías de tórax y de abdomen sin hallazgos. Sedimento urinario: leucocituria y hematuria. Eco abdominal: sin datos reseñables. Se decide realización de TAC toraco-abdominal donde se objetiva condensación basal izquierda retrocardíaca compatible con neumonía sin derrame pleural, y dos focos de condensación en vidrio deslustrado a nivel de LID.

Juicio clínico: Neumonía lóbulo inferior izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Fiebre de aparente foco abdominal, dada la clínica y evolución del

cuadro, por lo que primeramente descartamos: cólico nefrítico o biliar complicado, pancreatitis, apendicitis, gastroenteritis... Ante la ausencia de hallazgos abdominales, leucocitosis y elevada PRC asociada a epigastralgia (probable dolor referido) barajamos posibles causas respiratorias: neumonías, sd. bronquial obstructivo con atelectasias, TBC pulmonar, aspiración recurrente, anomalías anatómicas, infarto pulmonar, neoplasias, TEP, bronquiolitis obliterante (BOOP)...

Comentario final: Dada la tórpida evolución del paciente se ingresa en Medicina Interna, evolucionando satisfactoriamente con tratamiento antibiótico y antipirético con resultados negativos en uro y hemocultivos, esputo, virus influenza, Legionella, Mycoplasma, VIH, Chlamidya y Coxiella; siendo dado de alta a las 96h con cefditoreno 400 mg y claritromicina 500 mg. En el control radiográfico, 3 semanas después, no se objetiva rastro de lesión pulmonar. En este caso la disyuntiva entre la clínica del paciente y la patología causal, conlleva a realizar multitud de pruebas diagnósticas que descarten posibles focos febriles, llegándose finalmente al diagnóstico mediante TAC, cuando quizá, si se hubiese replanteado el caso y realizado una Rx lateral de tórax se hubiese evidenciado tal foco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. 4ª edición, CH Toledo, 2014.
2. González del Castillo J, Julián Jiménez A, Candel González FJ. Manejo de infecciones en urgencias, 2ª ed.