



212/2003 - INSUFICIENTE CONTROL SINTOMÁTICO EN BRONCOPATÍA CRÓNICA AGUDIZADORA

M.D. Serrano Pardo^a, A. Hermoso Sabio^b, G. Sáez Roca^c, P. Fernández López^d, S. Martínez Diz^d y M.D. Esteban Córdoba^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Barrio de Monachil. Granada. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Bellavista. Granada. ^cNeumólogo. Hospital Ruiz de Alda. Granada. ^dMédico de Familia. Centro de Salud La Zubia. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 88 años diagnosticada de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), acude a consulta por aumento de su disnea. Ahora acostada necesita usar 2 almohadas. Afirma no sentirse acatarrada. No ha cambiado la cantidad ni las características de su expectoración. El año anterior presentó 2 agudizaciones con ingreso hospitalario de una semana y 3 días respectivamente. Entre sus antecedentes destaca: fibrilación auricular en tratamiento con sintrom. Cardiopatía hipertensiva con FE conservada. Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). Cor pulmonale. EPOC. Diabetes controlada e Insuficiencia renal grado IIIa. Fractura conminuta de cabeza humeral tratada por osteosíntesis en 2007.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada. No fiebre. No dolor ni opresión torácica. Estasis yugular. Aumento de edemas de miembros inferiores. En analítica discreta elevación de K (5,6) y creatinina (1,8). Electrocardiograma: Fibrilación auricular a 82 latidos, bloqueo completo de rama derecha. Espirometría con patrón obstructivo gravedad moderada y broncodilatación negativa. Disnea grado 3 (por mMRC). Cuestionario CAT puntuación de 16. Bodex de 4. Radiografía de tórax: fragmento metálico a nivel cardíaco.

Juicio clínico: Se deriva al servicio de neumología con resultado de probable aguja de Kirschner en saco pericárdico (desprendida de brazo) por las imágenes obtenidas en radiografía de tórax.

Diagnóstico diferencial: Se intensifica el tratamiento mejorando significativamente su cuadro clínico. Se deriva al servicio de neumología y se solicita TAC torácico urgente ya que plantean problemas de diagnóstico diferencial con la ICC o el EPOC agudizado.

Comentario final: Las lesiones torácicas traumáticas pueden producirse por impacto directo, aceleración-desaceleración o por heridas penetrantes por arma de fuego, arma blanca u otros objetos. La mayoría de los cuerpos extraños intracardíacos no fatales son causados por migración de dispositivos utilizados en la práctica médica

Bibliografía

1. Kavanagh PV, Mason AC, Muller NL. Thoracic foreign bodies in adults. Clin Radiol. 1999;54:353-60.
2. Sahoo RK, Mohapatra SS, Behera SK. Accidental penetrating chest injury with concealed retained wooden stick: A diagnostic dilemma and management. Int J Crit Ill Inj Sci. 2014;4:92-3.

Palabras clave: *Cuerpo extraño intracardíaco. Shock cardiogénico.*