



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/961 - CONSULTA POR TOS MÁS SENSACIÓN DISTÉRMICA Y TERMINA TRASLADADO AL HOSPITAL

A.M. Serrano González Ep Koessler<sup>a</sup>, A. Soler Costa<sup>b</sup>, E. González Pérez<sup>c</sup>, M.E. del Junco Rodríguez<sup>d</sup>, A. Junyent Bastardas<sup>e</sup>, L. Pont Serra<sup>e</sup>, M. Naval Marcos<sup>a</sup> y L. Valls Cassi<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia; <sup>c</sup>Enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud Manresa-4. Barcelona. <sup>d</sup>Médico Residente de Familia. Centro de Salud Suria. Barcelona. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Plaça Catalunya-Manresa 2. Barcelona. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Sagrada Família. Manresa.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 48 años exfumador desde 2008 sin otros antecedentes relevantes; consulta al ambulatorio por 2 días de sensación distérmica y tos con escasa expectoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** Presión arterial: 150/100 mmHg, Frecuencia cardiaca: 133 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm, glicemia capilar: 118 mg/dl, saturación oxígeno 95% y al caminar 89%, taquiarrítmico e hipofonosis basal derecha. ECG: fibrilación auricular rápida se traslada al hospital de zona por el SEM administrándole amiodarona 300 mg bolus mas digoxina 0,25 mg EV. En el hospital: Rx tórax: condensación basal derecha. Hemograma normal, troponina: 0 ng/L, creatinina: 1,02 mg/dL, filtración glomerular: 86,51 mL/min, sodio: 140 mmol/L, potasio: 3,4 mmol/L, PCR: 121,2 mg/L, antígenos en orina para *Legionella* y neumococo: negativos, PCR para gripe: negativo, TSH: 4,15 UI/mL. Ecocardiograma transtorácico: taquicárdico. Ventrículo izquierdo al límite dimensiones normales con función sistólica límite. Insuficiencia mitral leve. Aurícula izquierda dilatada. Confirmados los diagnósticos se inició levofloxacino, bisoprolol 5 mg al día y Xarelto 20 mg al día.

**Juicio clínico:** Neumonía basal derecha mas fibrilación auricular (FA) de debut

**Diagnóstico diferencial:** Ante una FA incluye: 1. Extrasístoles auriculares, 2. Flutter, 3. Taquicardia sinusal, 4. Taquicardia supraventricular. Y ante la neumonía adquirida en la comunidad incluye: 1. Embolia pulmonar, 2. Neoplasia pulmonar, 3. Bronquiolitis obliterante, 4. Bronquitis, 5. Absceso pulmonar, 6. Tuberculosis, 7. Infarto de miocardio.

**Comentario final:** La FA es la arritmia sostenida más frecuente. Esta arritmia puede afectar a pacientes con o sin factores de riesgo; la neumonía puede desencadenar la FA y estaría provocada por la hipoxia que produce la infección pulmonar sobre el tejido cardiaco. Es difícil establecer si la neumonía es el desencadenante de la FA o si complica una FA pre-existente no detectada. Ante un paciente joven con patología respiratoria y taquiarritmia deberíamos estudiar probable complicación cardiovascular.

## **Bibliografía**

1. Martins R, Mabo P. Monographie: fibrillation atriale: un risque d'AVC multiplié par 5. La Rev Du Praticien. 2013;63:187-213.
2. Ciapponi A. Actualización fibrilación auricular. Evidencia Actualización en la práctica ambulatoria. Buenos Aires, 2013.

**Palabras clave:** *Fibrilación auricular. Neumonía.*