



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4881 - LA OMISIÓN DE LA PERCUSIÓN PULMONAR

H. Hernández Vázquez<sup>a</sup>, F. López Rodríguez<sup>a</sup>, P. Gómez Martínez<sup>b</sup>, L. Torres Serrano<sup>c</sup>, L. Cachaço Rodrigues Seco<sup>d</sup> y J. Martínez Rico<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud. Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. <sup>d</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. <sup>e</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 68 años con AP de DM 2, HTA y arteriopatía en MID en seguimiento por cirugía vascular. Acude a consulta por referir disnea progresiva de unos 4-5 días hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Dudosa ortopnea (duerme con una almohada), comentado también crisis de DPN. No presenta edemas en MMII. No refiere dolor torácico pero sí molestias a nivel de flanco izquierdo que relaciona con sobre esfuerzo por el trabajo, refiere que el dolor no se modifica con la inspiración. No refiere fiebre. No otra sintomatología acompañante. Fumador de un paquete diario, bebedor ocasional.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 100/68 mmHg, FC: 121 lpm, Sat. O<sub>2</sub> basal 92%, T<sup>a</sup> 36,3 °C. BEG, VOC. Taquipneico, tolera el decúbito a 45°. ACP: rítmico, sin soplos. Hipofonesis generalizada en hemitórax izquierdo. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias. No dolor a la palpación. Sin irritación peritoneal. RHA presentes. MMII: no edemas ni signos de TVP. Percusión pulmonar: matidez en hemitórax izquierdo. Rx tórax: derrame pleural completo. ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm. Eje normal. QRS estrecho. Sin alteraciones agudas de la repolarización. Analíticamente dentro de los parámetros de la normalidad. Gasometría arterial: 7,37/52,8/59,7/30/90,6%.

**Juicio clínico:** Derrame pleural a estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Derrame pleural, atelectasia, neumotórax, neumonía, TEP...

**Comentario final:** A pesar de las pocas pruebas de imagen que podemos tener en primera instancia en los centros de salud, no debemos de olvidar la importancia de la exploración clínica a la hora de enfocar los casos. Tenemos muchas herramientas a la hora de realizar una buena exploración guiada, no solo sería conveniente realizar una auscultación sino también una percusión pulmonar, que nos puede ayudar y aportar información para realizar un buen diagnóstico diferencial.

### Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de

Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, de Lagarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez-Jacoiste Asín MA, Pérez Ordoño L, Vila Santos J. Manual de Diagnóstico y Terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid, 2012.

**Palabras clave:** Derrame pleural masivo.