



242/4226 - TENGO LAS PIERNAS HINCHADAS

M. Molero del Río^a, M. Sánchez de León Cabrera^b, I. Gracia Baena^c, M. Amodeo Arahall^d y S. Rodríguez White^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Arenas de San Juan. Ciudad Real. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomelloso II. Ciudad Real. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años fumadora de 10 cigarrillos al día, neumonía cavitada secundaria a probable tuberculosis pulmonar bacilífera, hipotiroidismo primario. Tratamiento habitual: eutirox 150 mg. Situación basal: edema tobillos, ortopnea de dos almohadas. Acude a urgencias por presentar desde hace unos 3 días malestar general, tos con expectoración blanquecina, disnea de esfuerzo y aumento de edema de miembros inferiores. Refiere dolor torácico con los golpes de tos. Describe febrícula acompañante en estos 3 días menor de 38 °C. Ha presentado vómitos en últimos 6 días, con anorexia y astenia.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, tensión arterial 127/80 y 110 lpm de frecuencia cardíaca. Buen estado general, normohidratado, normoperfundido, ictericia conjuntival. Ligera taquipnea con saturación basal de oxígeno al 82%. Auscultación cardiaca normal. Auscultación pulmonar: hipofonosis generalizada de predominio en hemotórax derecho con sibilantes y roncus diseminados. Abdomen: normal salvo doloroso en hipocondrio derecho, no masas ni megalias. Miembros inferiores: pulsos pedios presentes y simétricos, edema con fovea hasta raíz de miembros. Análisis: hipertransaminasemia (GOT 1.834 UI/L, GPT 1.090 UI/L) y bilirrubina total 2,6 mg/dL (directa 1,6 mg/dL). Hemograma con ligera leucocitosis con neutrofilia. Coagulación alterada en todos sus parámetros. Gasometría arterial: insuficiencia respiratoria parcial. Radiografía tórax: cicatrices bilaterales en paciente con antecedentes de tuberculosis, infiltrados bilobares. Ecografía: moderada cantidad de líquido libre en pelvis que se extiende a flancos y compartimento perihepático. Se ingresa para completar estudio con antibioterapia, oxigenoterapia y tratamiento deplectivo. Durante ingreso se realiza ecocardiografía y TC pulmonar de alta resolución se concluye que presenta además una hipertensión pulmonar grave.

Juicio clínico: Neumonía neumocócica. Hipertensión pulmonar grave.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, hepatitis, tuberculosis activa, insuficiencia venosa, valvulopatía, pericarditis, enfermedad cardíaca coronaria, trastornos del ritmo cardíaco.

Comentario final: La hipertensión pulmonar se trata de una patología poco frecuente por lo que hay que conocer la fisiopatología y los síntomas de esta enfermedad para poder llevar a cabo un diagnóstico precoz ya que la mayoría de estos pacientes tardan mucho tiempo antes de ser

diagnosticados.

Bibliografía

1. Badesch DB, Champion HC, Sánchez MA, et al. Diagnosis and assessment of pulmonary arterial hypertension. *J Am Coll Cardiol.* 2009;54:S55.
2. Brown LM, Chen H, Halpern S, et al. Delay in recognition of pulmonary arterial hypertension: factors identified from the REVEAL Registry. *Chest.* 2011;140:19.
3. Hoeper MM, Bogaard HJ, Condliffe R, et al. Definitions and diagnosis of pulmonary hypertension. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62:D42.

Palabras clave: Disnea. Hepatomegalia. Edemas de miembros inferiores.