



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/4398 - DOLOR MECÁNICO

J. García-Revilla Fernández<sup>a</sup>, L. Rojas Feixas<sup>b</sup>, C. Morillo-Velarde Moreno<sup>c</sup> e I. Aguilar López<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rute. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lucena II. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lucena I. Córdoba.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 53 años. NAMC ni enfermedades. Acude a mi consulta de AP por febrícula y dolor costal que cede bien con analgesia. Consultó ayer en un punto de urgencias periférico hasta en dos ocasiones por mal estar general, febrícula y dolor en la región costal derecha baja, sin traumatismo previo, que aumentaba cuando tosía y cuando se movía. Fue dado de alta sin con JC al alta: "dolor mecánico" y "dorsalgia"

**Exploración y pruebas complementarias:** T: 37,7 °C, FC: 112 lpm, SatO<sub>2</sub>: 98%, TA: 130/75. BEG y eupneico en reposo. ACR: rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Dolor costal derecho que aumenta al inspirar, toser, moverse y al palparle. Pese a la descripción típica de dolor muscular, decidí trasladar al paciente al hospital: hemograma: leucocitos 16.389 con desviación hacia la izquierda. Resto normal. Rx tórax: ligero aumento de densidad en hemitórax derecho. El paciente quedó ingresado y en la Rx tórax del día siguiente, la condensación era mucho más evidente.

**Orientación diagnóstica:** Tal y como contaba el paciente la clínica y ante la exploración clínica que contemple, estaba bastante convencido de estar ante un dolor muscular. Por el tipo de dolor, en primer lugar intente descartar un neumotórax o derrame pleural debido al dolor. Tras la auscultación anodina los "descarté". Como la FC estaba elevada, me planteé un posible TEP, pero el hecho de estar eupneico, SatO<sub>2</sub> correcta y con febrícula, di esta FC como normal. Antes de darle el alta con el mismo JC que mis compañeros, quise descartar que el paciente tuviera una neumonía, motivo por el cual decidí derivarlo

**Diagnóstico diferencial:** TEP, derrame pleural, neumotórax, ansiedad.

**Comentario final:** Una buena auscultación y una buena anamnesis pueden hacernos pensar en otros diagnósticos. Ante un paciente que acude reiteradamente a un punto médico, debemos replantearnos los diagnósticos previos dados e incluso valorar realizar otras pruebas

## Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Soto Campos J, Acosta Bazaga E. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología, 3ª ed. Majalahonda: Ergón, 2016.

**Palabras clave:** Neumonía. Dorsalgia. Dolor mecánico.