



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/404 - HISTORIA CLÍNICA EXHAUSTIVA: DIAGNÓSTICO SEGURO

M. Romero Mayo^a, A. Romero Romero^b, R. García García^c y A. Navarro Hermoso^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores. Granada. ^bUnidad de Gestión Clínica Gran Capitán. Granada. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de la Zubia. Granada. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Salvador Caballero. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 73 años con AP de DM2, TBC pulmonar en 2005 tratada correctamente (con resolución total del cuadro), que acude a la consulta por parestesias en dedos de mano derecha. Insistiéndole a la paciente nos comenta disnea de esfuerzo en el último mes que achaca a su elevado peso. Asocia además cuadro de un mes de evolución con sensación distérmica y sudoración profusa de predominio nocturno sin fiebre termometrada. No clínica de IC. No palpitaciones.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 37,6 °C, TAS 120, TAD 100, FC 113, SpO₂ 90%, glucemia 180. BEG, consciente y orientada en las tres esferas. Taquipnea leve sin uso de musculatura respiratoria accesoria, no IVY. ACR: tonos rítmicos, no ausculto soplos. Hipofonesis en ápex derecho, sibilantes aislados. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no palpo masas ni megalias. RHA presentes. No edemas en MMII, ni signos de TVP. Solicitamos Rx de tórax PA y lateral en la consulta donde visualizamos: ICT < 50, senos costofrénicos libres, patrón intersticial con abundantes tractos bilaterales, consolidación en ápex derecho con retracción de tráquea y pérdida de volumen de dicho campo pulmonar. Dado el hallazgo decidimos derivar al SUE.

Orientación diagnóstica: Patología infecciosa vs tumoral.

Diagnóstico diferencial: Realizamos el diagnóstico diferencial de masa en ápex con: reactivación de TBC, tumor de Pancoast, sobreinfección de cavernas, neumonía ápex derecho.

Comentario final: En urgencias se solicita analítica general, Ag de neumococo y Legionella en orina así como cultivo de esputo y baciloscopia, que resultaron negativas. Se decide ingreso en MI donde se realiza TC de tórax y broncoscopia diagnosticando a la paciente de tumor de Pancoast.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Pancoast. Disnea. Parestesias.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.