Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1770

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/3409 - ¿ES SOLAMENTE UNA DESCOMPENSACIÓN CARDIACA?

V. Gómez Limontes[1], B. Oter López[1], A. Matías Hernández[1] y L. Hernández Iglesias[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora. [2]Centro de Salud Parada del Molino. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 79 años con diabetes mellitus tipo 2, HTA, dislipemia, FA con antecedente de IAM y portador de desfibrilador automático implantable. Acudió a consulta por malestar general de 3 días de evolución, fiebre principalmente nocturna de hasta 39 ºC que remitió con Paracetamol, discreta anorexia y diaforesis. Negaba disnea. Tras la exploración física, ECG y radiografía de tórax normal se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg durante 7 días y el paciente refería mejoría. 20 días postratamiento, el paciente comenzó con astenia, disnea, discreta tos, hiporexia, pérdida de peso y pérdida de fuerza en extremidades con edema de las inferiores. Afebril. Voluntariamente decidió acudir al servicio de urgencias hospitalarias (SUH).

Exploración y pruebas complementarias: TA 105/68 mmHg, FC 80 lpm, Sat 02 93%, Tª 35,7 ºC. Cabeza y cuello: no ingurgitación yugular. Auscultación cardiaca: ruidos cardiacos arrítmicos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales. Miembros inferiores: discretos edemas bimaleolares, no signos de TVP, pulsos periféricos simétricos y palpables. Analítica: leucocitos 4700/mm^3 (89,8% neutrófilos). Creatinina 2,75 mg/dl, filtrado glomerular 21 mil/min. PCR 79,5 mg/dl. ProBNP 10.073 pg/ml. Resto de bioquímica normal. Gasometría arterial: pH 7,45, pCO2 28, pO2 51, HCO3- 19,5. Radiografía de tórax: signos de descompensación cardiaca. Ingresó en cardiología. Pese al tratamiento de insuficiencia cardiaca el paciente no evolucionó correctamente y comenzó con fiebre de 38,3 ºC. Se interconsultó a medicina interna (infectología). Se revisó radiografía de tórax y se observó patrón bilateral micronodular con mayor condensación en lóbulo superior izquierdo que no presentaba un mes antes de su ingreso. Se interpretó como sugestiva de tuberculosis miliar. Baciloscopia de esputo: positiva. Se inició tratamiento tuberculostático con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol con mejoría progresiva. 3 semanas más tarde, alta y continuar con mismo tratamiento. Pendiente de revisión por infectología.

Orientación diagnóstica: Tuberculosis miliar.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis miliar. Edema agudo de pulmón.

Comentario final: La valoración radiológica es muy importante sobre todo con la comparativa de imágenes previas. Hay que prestar mucha más atención cuando el diagnóstico de sospecha está siendo manejado con tratamiento correcto pero la evolución es tórpida.

Bibliografía

1. Bernando J, Fordham von Reyn C, et al. Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of miliary tuberculosis. UptoDate [Internet]. 2019.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca. Tuberculosis miliar.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.