



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1551 - DISNEA: CUANDO LA CAUSA NO ES LA APARENTE

M. Villanueva Rubio¹, I. Rodríguez López¹ y M. Baca Fuentes²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Sevilla. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón 70 años. Buena calidad de vida. Antecedentes personales: Hipertensión arterial con cardiopatía hipertensiva, diabetes mellitus. No broncopatías. No hábitos tóxicos. Cirugía artroscópica por lesión de músculo subescapular en abril de 2019. Consulta por episodios de disnea y ortopnea sin requerir mayor número de almohadas de días de evolución. No recorte de diuresis. No tos ni mucosidad. No fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, eupneico. SatO₂: 94%. Auscultación cardiorrespiratoria buen murmullo vesicular, crepitantes bibasales, no edemas. Se ajusta pauta de furosemida subiendo de 40 a 80 mg/día. Acude de nuevo a consulta persistiendo clínica y se solicita radiografía PA de tórax. Se observa elevación de hemidiafragma derecho no presente previamente.

Orientación diagnóstica: Inicialmente, insuficiencia cardiaca. Tras pruebas, parálisis de nervio frénico.

Diagnóstico diferencial: Causas postquirúrgicas. Procesos neoplásicos.

Comentario final: El presente caso clínico nos orienta hacia la importancia de la anamnesis y el seguimiento de la disnea en Atención Primaria, así como en todos sus desencadenantes. Inicialmente dada la clínica y la cardiopatía hipertensiva se sospechó insuficiencia cardiaca. La refractariedad a tratamiento debe hacernos ampliar estudio por si hubiese alguna causa que pasase desapercibida, como es este caso en el que se objetivó la elevación de hemidiafragma. Probablemente este paciente tuviese una clínica mixta, en la que pese a resolverse la causa cardiaca persistía la disnea por la restricción anatómica no conocida. Respecto a la elevación de hemidiafragma, ésta traduce una parálisis de nervio frénico. Las principales causas son postquirúrgicas (caso de este paciente, que había sufrido una cirugía artroscópica reciente) y neoplásicas. En concreto, este paciente fue derivado a Neumología siendo realizadas espirometría con patrón restrictivo y TAC toracoabdominal que descartó proceso neoplásico.

Bibliografía

1. Rozman C, Cardellach López F, Domarus A, Farreras Valentí P. Medicina interna, 18^a ed. Barcelona: Elsevier; 2016.

Palabras clave: Disnea. Nervio frénico. Insuficiencia cardiaca.