Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):806

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1392 - COMO COMPLICACIÓN, EMPIEMA

M. Valdelvira Díaz[1], N. Cubelos Fernández[2], M. Ajenjo González[3] e I. Túnez Fiñana[4]

[1]Médico de Emergencias Sanitarias. Unidad Militar de Emergencias. León. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. [4]Catedrático de Universidad. Bioquímica y Biología molecular. Universidad de Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón 87 años. HTA. Insuficiencia renal. Fibrilación auricular anticoagulada. Ictus hace 14 años sin secuelas. Consulta en AP por disfagia y pirosis. Derivado a Urgencias, realizan gastroscopia (diagnóstico: esofagitis grave). Vuelve a la semana por empeoramiento progresivo, disnea de mínimos esfuerzos, escalofríos, astenia y anorexia. Se deriva de nuevo para más pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 123/75. FC: 124 lpm. Tª: 35 ºC. SaO2: 91%. Consciente, orientado y colaborador. Palidez generalizada, eupneico en reposo, No ingurgitación yugular. Refiere astenia. AP: murmullo vesicular muy disminuido en hemitórax izquierdo con aumento de vibraciones vocales en 1/3 superior y disminución en 1/3 inferior. AC: rítmico sin soplos. Abdomen SHV. Hemograma: 33.000 leucocitos (89%N, 3%L); Hb: 15,8, plaquetas 483.000. Bioquímica: glucosa: 206. Urea: 155. Cr 1,90 (FG 34). Na+: 139. K+: 5,5. Cl-: 106. ProBNP: 44,525. PCR: 475. GAB: pH: 7,49: pO2: 68; pCO2: 20; CO3H-: 19; SaO2: 92%. Coagulación: INR 1,36; TP 63%. Radiografía tórax: hidroneumotórax, atelectasia lóbulo superior izquierdo y língula. Desplazamiento mediastínico centrolateral. ECG: fibrilación auricular a 120. TAC torácico: hidroneumotórax izquierdo organizado, loculaciones en todos los compartimentos pleurales, leve derrame pleural derecho sin signos de mediastinitis.

Orientación diagnóstica: Hidroneumotórax izquierdo con empiema. Insuficiencia renal crónica agudizada. ICC secundaria.

Diagnóstico diferencial: Neumonía. Absceso pulmonar. Sobreinfección de bronquiectasias. Cáncer de pulmón. Embolismo pulmonar séptico. Mediastinitis. TBC pulmonar.

Comentario final: El derrame pleural infeccioso suele ser secundario a infección pulmonar (origen paraneumónico o tuberculoso). Otras: carcinoma broncogénico, rotura esofágica, trauma torácico. El paraneumónico se da en un 20-60% de las NAC o nosocomiales (5-10% desarrolla empiema). Ambas complicaciones son más frecuentes en edades extremas de la vida. Su aparición aumenta la morbimortalidad, por lo que su diagnóstico obliga a realizar toracocentesis. Objetivos del tratamiento: controlar la infección y drenar el empiema.

Bibliografía

1. Cases Viedma E. Derrame pleural infeccioso. En: Álvarez-Sala W, et al, eds. Neumología Clínica. Barcelona: Elsevier, 2016.
2. Shen KR, Bribriesco A, Crabtree T, Denlinger C, Eby J, Eiken P, et al. The American Association for Thoracic Surgery consensus guidelines for the management of empiema. J Thorac Cardiovasc Surg. 2017;153(6):e129-6.

Palabras clave: Disfagia. Empiema. Hidroneumotórax.

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