



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 482/1192 - ETIOLOGÍA DE LA DISNEA

S. Zarza Martínez<sup>1</sup>, M. Martínez Picón<sup>2</sup>, J. Monllor Méndez<sup>3</sup> y C. Díaz-Parreño Quintanar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Puebla de Almoradiel. La Puebla de Almoradiel. Toledo. <sup>2</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. <sup>3</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarta de San Juan. Villarta de San Juan. Ciudad Real.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 36 años, exfumadora. Antecedentes: neumonía cavitada por tuberculosis (TBC) pulmonar tratada, tiroiditis de Hashimoto (hipotiroidea), edemas crónicos de miembros inferiores (MMII), disnea y ortopnea desde hace un año. Tratamiento: levotiroxina. Presenta tos, dolor torácico ocasional asociado, mayor disnea y edemas de MMII desde hace 7 días y náuseas con ingesta. Hace 3 días presenta sudoración y fiebre. Ingreso en Medicina Interna tras exploración y realización de radiografía de tórax. Tratamiento con ceftriaxona y claritromicina, oxigenoterapia, aerosolterapia, diurético y digoxina. Evoluciona favorablemente, asintomática al alta sin oxigenoterapia diurna.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: afebril, normotensa; Frecuencia cardíaca 88 lpm; Saturación O<sub>2</sub> 93% (gafas nasales a 2 lpm). Eupneica en reposo, taquipneica al hablar. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos. Crepitantes en tercio medio de hemitórax derecho y tercio superior de hemitórax izquierdo. Abdomen: hepatomegalia. MMII: edemas hasta muslos bilaterales. Análisis: leucocitos 17.200/uL con neutrofilia; INR 2,24; GOT 1.962 UI/L; GPT 1.121 UI/L; BilT/BD 2,7 mg/dL/1,9 mg/dL; PCR 26 mg/dL; Gasometría arterial: pH 7,37, pCO<sub>2</sub> 47, pO<sub>2</sub> 52, HCO<sub>3</sub> 26, lactato 2,8. TSH 0,16. Radiografía tórax: Infiltrados sobre cicatrices de lóbulo medio, lóbulo inferior derecho y lóbulo superior izquierdo (LSI). Ecocardiograma: hipertensión pulmonar (HTP) grave. Cultivo de esputo: *S. pneumoniae*. Estudio micobacterias negativo. Espirometría: obstrucción muy grave, restricción leve. Tomografía computarizada sin datos de tromboembolismo pulmonar.

**Orientación diagnóstica:** Neumonía. Lesiones cicatriciales con retracción hiliar y engrosamiento pleural por TBC previa en LSI. HTP grave con disfunción sistólica derecha. Hepatomegalia congestiva y fallo hepático secundarios.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía. Reactivación TBC. Insuficiencia cardíaca. Cáncer pulmonar.

**Comentario final:** Ante una disnea de reciente comienzo y progresiva debemos realizar un estudio completo para descartar patología grave y/o importante, evitando así complicaciones posteriormente. En este caso se podría pensar al inicio que la disnea se desencadena por el hábito tabáquico previo y la baja forma física asociado al antecedente de TBC, viendo tras el estudio que se

trata de una complicación del TBC previa que precisa tratamiento.

### **Bibliografía**

1. Suárez Pita D, et al. Hospital Universitario 12 de octubre: Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 8ª ed. Madrid: MSD; 2016.

**Palabras clave:** Disnea. Tuberculosis. Hipertensión pulmonar.