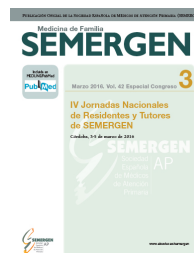




# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## P-244 - ¡DISNEA SORPRESA!

M.L. Martínez<sup>a</sup>, P. Agüera<sup>a</sup>, S. Fernández<sup>a</sup>, J. Casar<sup>b</sup> y J. Benítez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>UGC La Laguna. <sup>b</sup>Hospital Puerta del Mar.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 47 años, sin AP de interés. Exfumador desde hace 2 meses. Acude a consulta de AP por disnea 1 mes de evolución, que se hace de reposo, junto con náuseas y vómitos. Ante la sintomatología tan acusada del paciente, y la necesidad de pruebas no disponibles en AP, se deriva al SCCU. Tras identificarse FRA con Cr de 32,2 mg/dL, se contacta con Nefrología para diálisis urgente, tras la cual la Cr pasa a 18,8 mg/dL. En ecografía de abdomen se evidencia hidronefrosis bilateral junto con imagen hiperecogénica en vejiga; se contacta con Urología y se realiza NPC bilateral. Durante su estancia en observación, el paciente permanece en anuria, por lo que ingresa en Nefrología ante la necesidad de HD. Durante su ingreso se realiza TC abdominal y UroTC, evidenciándose neoplasia vesical extensa. Actualmente pendiente de actitud terapéutica.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada MEG, COC, sequedad de mucosas, taquipneico. TA 173/96, FC 120 lpm, FR 39 rpm, satO<sub>2</sub> 96%. ACP: tonos rítmicos sin soplos, MVc con algún sibilante disperso. Abdomen depresible, con ligeras molestias en hipogastrio. MMII sin edemas ni signos de TVP. Analítica: Hb 8,5, leucocitos 16.030, plaquetas 327.000; glucemia 278, urea 537, Cr 32,2, Na 135, K 5,19, PCR 72,5. GA: pH de 6,94, pCO<sub>2</sub> 21,0, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 4,2. SO: 250 hematíes, nitritos-, 500 leucocitos. Rx tórax sin infiltrados ni condensaciones, ni derrame pleural. Eco-doppler de riñón: hallazgos susceptibles de hematoma intravesical sin poder descartar neoplasia vesical, que se acompaña de importante ureterohidronefrosis bilateral. TC abdomen/UROTC: extensa neoplasia vesical. Derrame pleural bilateral con atelectasias laminares bibasales.

**Juicio clínico:** Fracaso renal agudo de causa obstructiva por extensa neoplasia vesical.

**Diagnóstico diferencial:** Hay que descartar varias patologías ante la presencia de disnea en paciente joven y sin antecedentes. Lo primero es el debut de una DMI o una cetoacidosis diabética, ya que producen afectación clara del estado general, con respiración rápida y profunda y sequedad de mucosas, así como vómitos y dolor abdominal sin que se conozca un desencadenante claro. También hay que tener en cuenta el TEP, ya que puede cursar con clínica inespecífica y el diagnóstico de presunción se realizará según los factores de riesgo (en ocasiones desconocidos por el paciente).

**Comentario final:** La disnea es un síntoma muy subjetivo y constituye la manifestación inicial de numerosas enfermedades agudas y crónicas. Hay que realizar una anamnesis y exploración física adecuada que conlleven al buen manejo de las pruebas complementarias y a un diagnóstico y

tratamiento precoz y racional.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, eds. Harrison: Principios de Medicina Interna, 16ª ed. México: Interamericana; 2005.
2. Abreu MA, et al. Guía de buena práctica clínica en situación de urgencia. Madrid. International Marketing & Communications, 2003.