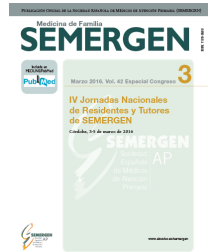




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-152 - LA IMPORTANCIA DE LA AUSCULTACIÓN

L. Fernández Salinas^a, Z. Correcher Salvador^a, J. Prieto Nave^a, M. Mustienes Bellot^b, G. Martínez Martínez^c y M. Camarasa Vidal^d

^aCS Almazora. ^bCS Algemesí. ^cCS Altura. ^dCS El Barranquet.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 49 años, rejoneador, sin AP de interés, salvo ser fumador de medio paquete al día, que acude por disnea a urgencias del CS. Refiere síntomas respiratorios (presenta tos seca, disnea a mínimos esfuerzos, no fiebre), desde hace 6 días, para los que se ha automedicado con antihistamínicos y paracetamol, sin mejoría clínica.

Exploración y pruebas complementarias: REG, muy agitado y nervioso, consciente y orientado, normocoloreado, normohidratado. Constantes: T^a: 35,8 °C. TA: 144/88 mmHg. FC: 59 ppm. SatO₂: 90%. AC: tonos rítmicos, sin soplos. AP: MV conservado en pulmón izquierdo. Ausencia de murmullo vesicular en pulmón derecho. Gasometría arterial: pH: 7,427, pCO₂: 35,5 mmHg, pO₂: 62,9 mmHg, SO₂: 91,3%. Hemograma: leucocitos 12.000 con desviación izquierda, resto normal. Bioquímica: BNP 99, resto normal. ECG: Eje a +60°. Ritmo sinusal a 60 lpm. PR 0,16 seg. QRS 0,04 seg. BCRDHH con onda T negativa en V2. Sin alteraciones de la repolarización ni signos de crecimiento de cavidades. RX tórax: neumotórax derecho.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo.

Diagnóstico diferencial: Dado los síntomas respiratorios descartaríamos procesos de vías aéreas como un refriado común, bronquitis en un principio. Ante la disnea (y más si es brusca) y la clínica de agitación, nos vemos obligados a descartar un quiste broncogénico, bulla de enfisema, TEP, una disección de aorta, úlcera péptica perforada, pericarditis, rotura esofágica, o cardiopatía isquémica, aunque menos probable dada la edad del paciente.

Comentario final: El paciente ingresó tras el diagnóstico de neumotórax en cirugía para drenaje pleural. Fue necesario reubicar el drenaje en una segunda intervención, con reexpansión pulmonar total. Al alta, mejoría clínica y radiológica favorable, observándose tras la retirada del tubo que continúa la restauración pulmonar. En el control posterior por parte de su MAP, continuó sin recidivas. Nos pareció interesante presentar este caso por la importancia de una buena exploración en atención primaria, ya que al auscultar al paciente y escuchar la hipofonesis en el pulmón derecho, se pudo realizar un diagnóstico rápido y derivarlo a urgencias del hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JM. Guía de Actuación en Urgencias, 4^a ed. 2013.

2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica, 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.