Semergen. 2017;43(Espec Congr 4):139

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

262/50 - DIÁLISIS Y DISNEA, UNA MALA COMBINACIÓN

M. Molina Gracia[a], G. Navarro Lorenzo[b], N. Moya Quesada[c] y F. López González[d]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería. [b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huércal de Almería. UGC Bajo Andarax. Almería. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. [d]Médico de Familia. Centro de Salud La Cañada. Almería.

Resumen

Descripción del caso: MC; disnea de reciente comienzo en paciente dializado. Varón de 45 años. NAMC. No hábitos tóxicos. Ap: enfermedad renal crónica estadio v, hemodializado y portador de catéter yugular permanente. HTA, hepatitis B, anemia ferropénica. Tratamiento activo: nifedipino 30 mg/24 h. Doxazosina 4 mg/24h, adiro 100/24h, alopurinol 100 mg/24h, ácido fólico mg/24h, omeprazol 20 mg/24h. Enfermedad actual: paciente natural de Nigeria dializado mediante catéter yugular derecho permanente que acude a consulta por disnea de reciente comienzo, febrícula y dolor en muñeca izquierda sin traumatismo previo.

Exploración y pruebas complementarias: CyO, bien hidratado y perfundido, disnea leve sin tiraje. Glasgow 15. TA: 150/95. Tª 37,7 ºC. ACR: tonos rítmicos sin soplos. MV disminuido en hemitórax derecho. Neurológica: PINR, pares craneales conservados. No focalidad. No signos meníngeos. Fuerza y sensibilidad conservadas. Sin alteraciones de la coordinación ni la marcha. Abdomen: blando y depresible, no se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. MMSS: dolor y tumefacción de muñeca izquierda con limitación de movilidad activa. MMII: sequedad cutánea sin edemas. No signos de TVP. EKG: taquicardia sinusal a 125 lpm. Eje izquierdo. PR 0,12. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización. No signos de flogosis en zona de inserción de catéter. El paciente es derivado a urgencias hospitalarias para estudio. Analítica: HB 10 g/dl, HTO 30,3, leucocitos 14.140 (neutrófilos 75%), plaquetas 166.000. Creatinina 5,74, urea 64, glucosa 113, Na 133, K 4,43, PCR 28,7. Rx tórax: infiltrado basal derecho. Rx muñeca izquierda normal. Ecocardiografía transtorácica: catéter muy progresado, adosado a pared lateral de aurícula derecha con imagen de masa (2,9 × 2,5 cm) no móvil ni vibrátil adherida al extremo distal. Se piden hemocultivos, urocultivo, cultivo de líquido articular e ingresa a cargo de medicina interna para tratamiento y posterior extracción del catéter.

Juicio clínico: Infección de catéter central por S. aureus + vegetación sobre catéter infectado. Bacteriemia por S. aureus.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, alteraciones hidroelectrolíticas y del pH en ERC, tromboembolismo pulmonar, edema agudo de pulmón. Sepsis. Crisis HTA.

Comentario final: Integrar los antecedentes personales del paciente es una de las mejores

referencias de orientación diagnóstica de las que el médico dispone.

Bibliografía

1. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015.
2. Jiménez Murillo L, Montero FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2015.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.