

CASO CLÍNICO NEUMOLOGÍA

Inés Tonazzi Zorrilla

Hospital General Universitario de Elda

Motivo de ingreso

Hombre de 85 años de edad que ingresa por disnea y sensación distérmica procedente de Urgencias.

Antecedentes personales

- No RAMc, no DM. HTA y DLP.
- Exfumador hasta hace 25 años de 100años/paquete.
- Cardiopatía isquémica crónica tipo IAM en 2004 con colocación de al menos 1 stent. Ágor en 2005 y desde entonces asintomático.
- EPOC con varios ingresos por exacerbación.
- Herpes zoster facial con neuralgia postherpética.
- Tumoración parotídea izquierda desde 2000, controlada por ORL.
- Ingreso por bronconeumonía en junio 2014
- Ingreso en UCME por infección respiratoria en agosto 2015
- Osteoporosis senil en seguimiento por Reumatología con fracturas vertebrales
- Hiperplasia prostática
- Ingreso en Neumología del 26/02/26 al 01/03/16 por neumonía tratada con levofloxacino.
- Último ingreso en UCME 17-22/03/16 por EPOC exacerbado.
- IQ: cataratas ambos ojos, hace 7 años.

- **TRATAMIENTO ACTUAL:** Lyrica 75mg/12h, Torasemida 10mg/día, Simvastatina 40, Seretide AC 1 inhalación/12h, Spiriva cápsula inhalada/día, Adiro comp 100mg/día, Angiodrox (Diltiazem) comp 120 mg: 1-0-1, Ventolín, Calcio + D3, AAS 100mg/24h, Omeprazol 20 mg/24h.
- **Situación basal:** Vive solo con cuidadora durante el día. Visitas regulares de sus hijos. Oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD) a 1,5L desde ingreso en agosto. Presenta disnea de moderados esfuerzos habitualmente. Camina con ayuda de bastón. Dependiente para casi todas las ABVD.

Enfermedad actual

- Varón de 85 años que acude a Urgencias por presentar desde hace una semana aumento de su disnea habitual hasta hacerse de pequeños esfuerzos, con baja oxigenación a pesar de OCD, SatO₂ 84-86% , sensación distérmica con 37,5C. Asociado a esto, tos con expectoración verdosa abundante de 4 días de evolución. Niega rinorrea hialina, dolor precordial y síntomas digestivos y urinarios. Sin automedicación.

Exploración física

- Saturación O₂ 89-90% con Ventimask al 35%.
- FC: 92 Imp
- BEG, alerta, consciente y orientad.
- Taquipnea sin utilización de musculatura accesoria.
- Cabeza y Cuello: no adenopatías cervicales. Tumoración en ángulo mandibular izquierdo blando, no adherido a planos profundos (refiere que lo tiene desde hace 15 años).
- AC: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos aparentes.
- AP: murmullo vesicular globalmente disminuido con roncus espiratorios dispersos más llamativos en base derecha y algún sibilante.
- ABD: globuloso por abundancia de tejido adiposo, blando y depresible, peristaltismo conservado, no masas ni visceromegalias, no signos de irritación peritoneal.
- EXT: sin edemas, pulsos pedios presentes, no signos de TVP.

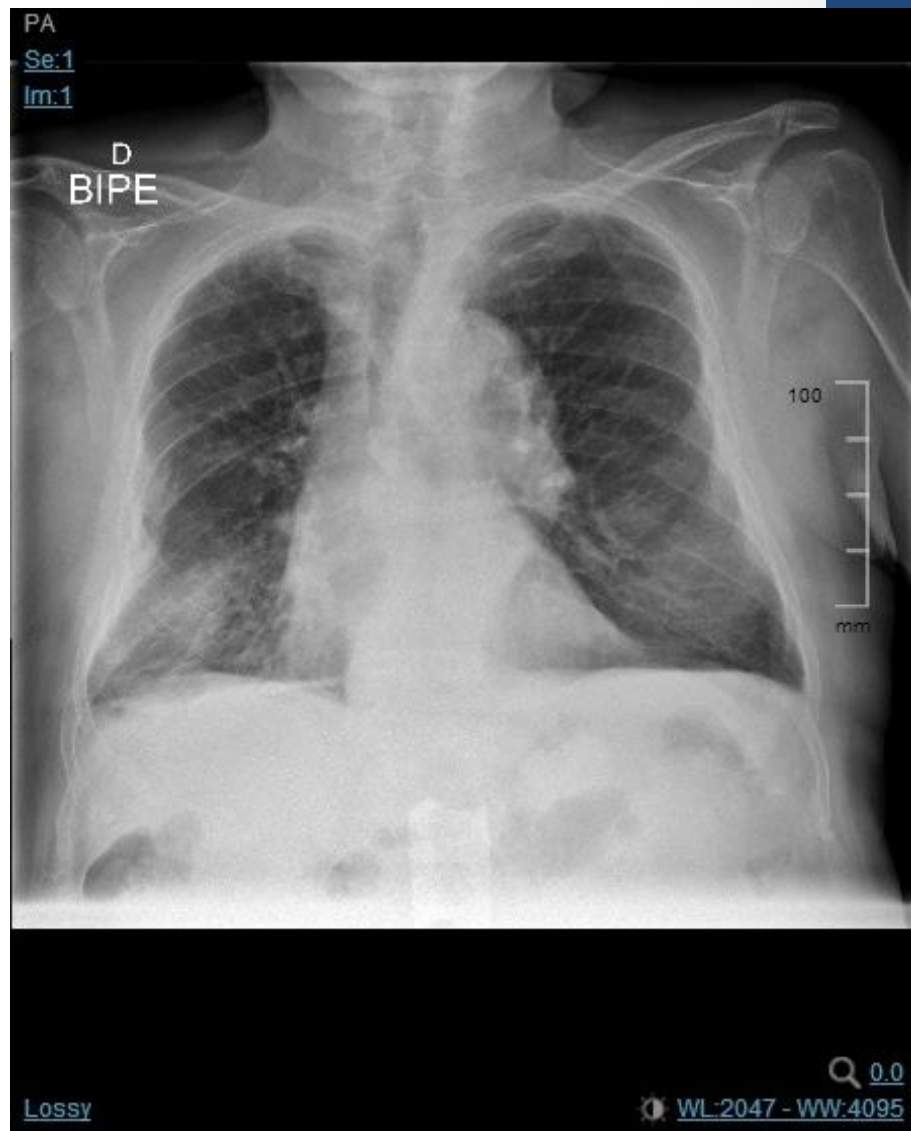
Pruebas complementarias

- ECG: ritmo sinusal. Extrasístoles ventriculares. BAV 1º
- ASO: BIOQUÍMICA: Glucosa: 97 mg/dl. Urea: 39 mg/dl. Creatinina: 0,91 mg/dl. Sodio: 139mmol/l. Potasio. 4,5mmol/l. AST/GOT: 23 U/l. ALT/GPT: 25 U/l. CK: 27 U/l. PCR: 356,5 mg/dl. Procalcitonina 1,5. Trop I: 0,021. HEMOGRAMA: Leucocitos: 12/mmc. Neutrófilos: 85,8%. Hematíes: 4,78/mmc. Hemoglobina: 12,9 g/dl. VCM: 85,7 fl. Plaquetas: 372/mmc. HEMOSTASIA: I.Quick: 71%. Dímeros D: 3474. Determinación INR: 1,23.
- Gasometría arterial con Ventimask a 9L: pH 7,5. PCO2 50,3mmHg. Bicarbonato: 24,7 mml/l.
- Cultivo de esputo: E. Coli sensible a amox/clav.
- Antigenuria Legionella y Neumococo: negativos.
- Rx tórax AP
- GAB post CPAP: pH 7,47. PCO2 35,3mmHg. Bicarbonato 25,4 mmol/l. Pulsioximetría con gn 1,5L al alta : 97%.

Evolución clínica y tratamiento

Se inicia tratamiento antibiótico IV, broncodilatadores y corticoides, además de ajuste de tratamiento diurético por edema en piernas con buena respuesta. No presenta fiebre durante su estancia hospitalaria, mejoría de la tos y la expectoración con disminución del volumen y purulencia. Completa 7 días de tto IV. En situación de estabilidad clínica, se da el alta para completar el tratamiento de forma ambulatorio y control en CCEE.

RX Tórax



Rx Tórax

Pinzamiento del seno costofrénico lateral derecho. Poco inspirada. Infiltrado alveolar en LM. Elongación aórtica.

Diagnóstico

NAC en LMD