



CASO CLÍNICO NEUMOLOGÍA

Pablo José Sanz Navarro

Talleres Integrados III

Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant

Caso autorizado por el Dr. J. M. Arriero

Mujer, 76 años.



Astenia y anorexia.

Antecedentes:

- Alérgica a betalactámicos.
- No FRCV ni hábitos tóxicos.
- TBC en 1970 con fibrotórax izquierdo residual y OCFA asociada.
- Patrón ventilatorio restrictivo con IR crónica.
- Deterioro cognitivo leve (2009).
- Epilepsia generalizada de inicio tardío (2013).
- IC NYHA III/IV (2013).
- FA con respuesta ventricular lenta (2014).
- IQx.: amigdalectomía (1950) y apendicectomía (2000).
- IAVD. Clase funcional III/IV mMRC.
- Trabajó en una empresa textil.

Tratamiento habitual:

- VMNI (BIPAP) 8-10h/día.
- OCD en gafas nasales 14-16h/día.
- *Seguril* 40mg/24h (Furosemida).
- *Theo-Dur* 200mg/24h (Teofilina).
- *Dolocatil* 1g/8h(Paracetamol).
- Omepreazol 40mg/24h.
- Levetiracetam 1g/12h.
- Bisoprolol 5mg/12h.
- Dabigatrán 110mg/12h.
- Espironolactona 100mg/24h.
- *Dacortin* 30mg/24h (Prednisona).
- Digoxina (descansa jueves y domingo).

Enfermedad actual:

- Astenia generalizada y debilidad.
- Somnolencia.
- Pérdida de apetito.
- Tos y expectoración mucopurulenta.
- Sensación distérmica. No fiebre termometrada.
- No dolor torácico.

Exploración física:

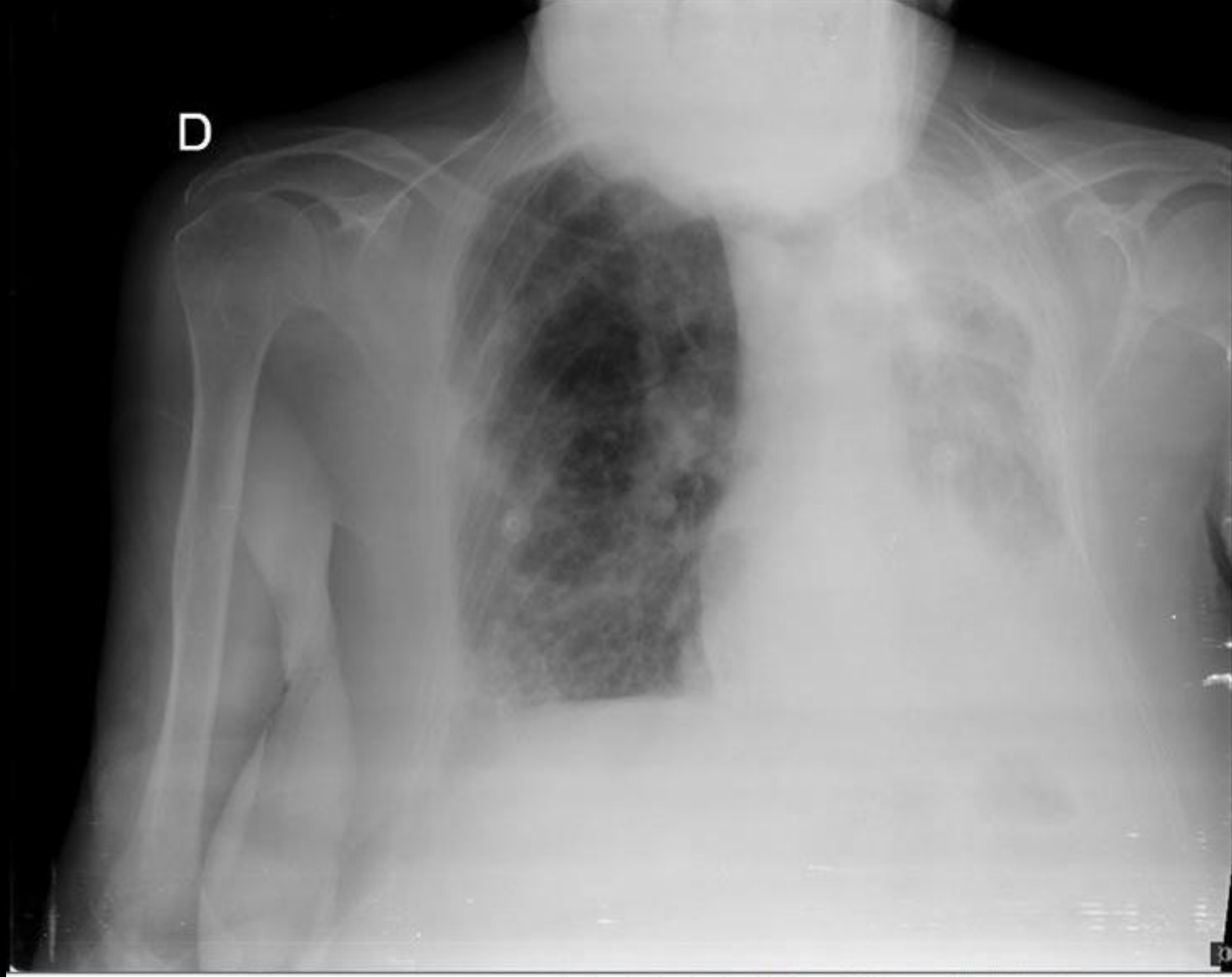
- TA 90/50mmHg, FC 67ppm, Sat.O₂ 95% (1L/min), T^a 37.8°C
- REG, consciente y orientada en las tres esferas.
- Sin signos de focalidad neurológica.
- Palidez cutánea.
- AC: tonos arrítmicos sin soplos audibles.
- AP: MV disminuido en hemitórax izquierdo.
- No edemas en MMII ni signos de TVP.

Analítica de sangre:

- Leucocitos $13.23 \times 10^9/L$
- Neutrófilos $10.11 \times 10^9/L$ (76.3%)
- Monocitos $1.49 \times 10^9/L$ (11.3%)
- Linfocitos 11.6%
- Hb 10.2g/dL
- Hto 30.8%
- VCM 78.8fL
- Urea 122mg/dL
- Creatinina 1.70mg/dL
- CK 21U/L
- PCR 19.14mg/dL

Digoxina 3.14ng/mL (normal 0.90-2.00ng/mL)

D



Rx.Tx.:

- Proyección AP.
- No pueden evidenciarse signos degenerativos en marco óseo.
- Mediastino desviado a la izquierda.
- Discreto aumento del ICT.
- Pérdida de volumen en hemitórax izquierdo con importante opacidad de su práctica totalidad.
- LSI escasamente ventilado.
- Infiltrados alveolares de predominio basal en hemitórax derecho.
- Signos de paquipleuritis.

Diagnóstico:

Bronconeumonía en paciente con OCFA y fibrotórax izquierdo por TBC residual.

Plan:

- Levofloxacino IV.
- Suspensión de digoxina.
- ECG y control rutinario de los niveles de digoxina.
- Antígenos en orina y esputo de *Legionella pneumophila* y *Streptococcus pneumoniae*.
- TC tóraco-abdominal con contraste.