

Varón de 81 años con disnea y deterioro cognitivo

Ferreira Bouza, M.¹; Puga Bello, A.B.²; Gómez Iglesias, A.I.²

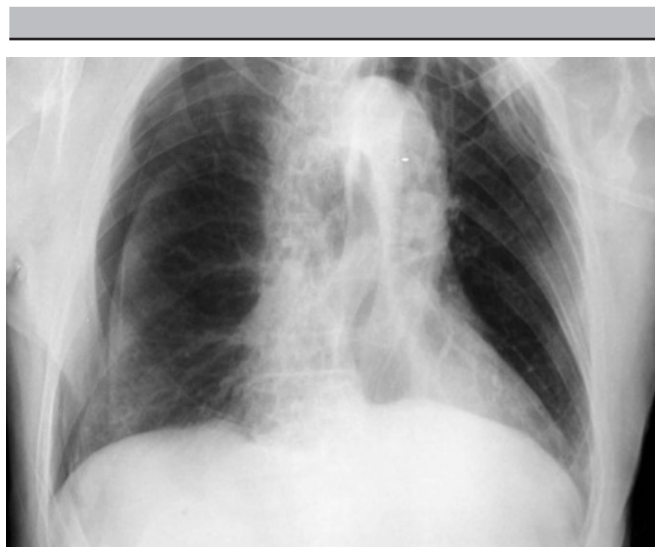
1- Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Saúde de Narón - Hospital Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos (Ferrol).

2- Médico de Familia. Área Sanitaria de A Coruña

CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 117-118

Se trata de un varón de 81 años, fumador activo, epiléptico a tratamiento con ácido valproico, con criterios clínicos de bronquitis crónica, y que había sido visto en un servicio de urgencias hospitalarias 3 días antes por cuadro de broncoespasmo leve que se relacionó con infección de vías respiratorias (Rx Tórax sin signos de patología aguda) por lo que se le indicó tratamiento con broncodilatadores, corticoides sistémicos y antibióticos.

Aunque la evolución inicial de los síntomas fue satisfactoria, el tercer día de tratamiento, el paciente comienza con empeoramiento progresivo



de su disnea, cianosis y deterioro del nivel de conciencia. A su llegada a urgencias se solicita EKG (que muestra únicamente taquicardia sinusal a 112 lpm con signos sobrecarga de cavidades derechas pero sin alteraciones sugestivas de isquemia), Gasometría arterial (PH 7.264, PCO₂ 71.0, PO₂ 50.3 HCO₃ 31.4, EB 2.1 Sat. O₂ 83%), y Rx de tórax portátil urgente (que se muestra en la imagen). Asimismo se solicitó analítica y bioquímica general. En función de los datos de que dispone, ¿cuál es su diagnóstico y cuál cree que es el tratamiento más adecuado en este paciente?

RESPUESTA

Aunque no había sido diagnosticado previamente ni seguía tratamientos para este fin, el paciente tenía suficientes datos clínicos compatibles con EPOC (como posteriormente se demostró con la espirometría).

En este caso el deterioro en la evolución de este paciente fue debido a un neumotórax espontáneo que deterioró severamente su función ventilatoria. En estos casos el tratamiento indicado es la toracocentesis urgente que en este caso resolvió el problema.



REVISIÓN

El curso crónico y progresivo de la EPOC se agrava a menudo con breves períodos de aumento de los síntomas, es especial la tos, la disnea y la producción de esputo. Estos episodios son conocidos como agudizaciones de la EPOC.

Etiología de las agudizaciones:

- Agudizaciones infecciosas (aproximadamente un 60 – 80% del total de agudizaciones) causadas fundamentalmente por *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catharrhalis* y virus.

- Agudizaciones no infecciosas (20 – 40% de las agudizaciones) donde destacan la insuficiencia cardíaca, embolia pulmonar, infecciones no pulmonares y neumotórax.

BIBLIOGRAFÍA

- Franklin Young Jr W, Loyd Humphries R. Neumotórax espontáneo y iatrogénico. Sección 7. Urgencias pulmonares. P 532-5. Medicina de urgencias. México. Quinta edición. Año 2002
- Miravilles M, De la Roza C, Lara B, Vilá S. Tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Agudizaciones p 37 -43. barcelona. Año 2004

Un caso de monoartritis

Vidal Marcote, E.¹; Fdez-Obanza Windscheid, E.²

1. R3 MFyC. C.S. Caranza (Ferrol). 2. Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital Arquitecto Marcide – Prof Novoa Santos (Ferrol)

Mujer de 63 años sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de hipertensión arterial tratada con diuréticos tiazídicos y cervicartrosis que acude a urgencias por cuadro monoartritis de rodilla derecha de 12 horas de evolución.

12.000 leucocitos (84% PMN), glucosa 58, y negatividad para la tinción de Gram.

¿Cuál es tu diagnóstico y que estudios harías para confirmarlo?

EXPLORACIÓN

La paciente está afebril bien hidratada y profundamente afectada por el dolor. La rodilla derecha aparece discretamente eritematosa, caliente, y dolorosa a la movilización. El resto de la exploración física está dentro de la normalidad.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

Hemograma: 9520 leucocitos, con fórmula normal. Hemoglobina: 13,8. Hematocrito: 34%. Plaquetas: 253.000. Bioquímica e iones normales.

Se realiza además una radiografía de rodilla derecha (que se aprecia en la imagen) y una artrocentesis urgente que arroja el siguiente resultado: color amarillo, aspecto turbio,



Tos y astenia de 6 semanas de evolución

Roca Fernández, F.¹; Fdez-Obanza Windscheid, E.²

1. Médico de Familia. Área sanitaria de A Coruña; 2. Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital Arquitecto Marcide – Prof Novoa Santos. (Ferrol)

Paciente de 27 años, diabética tipo 1 desde los 12 años de edad, a tratamiento con insulina, sin hábitos tóxicos, acude a nuestro servicio con cuadro de aproximadamente seis semanas de evolución de tos no productiva, astenia y sudoración nocturna. La paciente tiene una hija de 3 meses de edad a la que alimenta exclusivamente con lactancia

materna y no acudió antes al médico pues creía que los síntomas descritos eran "algo normal cuando se da el pecho". No ha perdido peso de forma significativa. No relata viajes recientes.

EXPLORACIÓN

Se trata de una paciente con buen aspecto general, afebril y eupneica (Sat O2 98%). Tanto en la exploración física general como en la cardiopulmonar no arroja hallazgos de interés.

COMPLEMENTARIOS

Hematología: Hb 12,9 VCM 84, 13.200 leucocitos con fórmula normal, plaquetas 445.000. Bioquímica: Glucosa 235, función hepática renal e iones normales. RX tórax visible en la imagen.

¿Qué observas en la radiografía y cuál es tu diagnóstico?



RESPUESTA CASO CLÍNICO UN CASO DE MONOARTRITIS

El diagnóstico de esta paciente es condrocalcinosis de rodilla. Se trata de una monoartritis aguda microcristalina por depósitos de pirofosfato de calcio. El diagnóstico de esta entidad requiere, además de las manifestaciones clínicas y radiológicas, (calcificación del cartílago articular) la identificación de los cristales de pirofosfato cálcico en el líquido sinovial. Ante un caso de monoartritis aguda es imprescindible descartar la posibilidad de una artritis séptica, que se descartó inicialmente por la ausencia de fiebre y el patrón obtenido en el examen del líquido articular, y confirmándose

luego por la buena respuesta del cuadro al tratamiento con AINES, la demostración de cristales de pirofosfato cálcico en el líquido articular y por la negatividad del cultivo articular.

BIBLIOGRAFÍA

- John H. Burton Trastornos agudos de las articulaciones y bolsas. En: Tintinalli J E. Medicina de Urgencias. Mexico Ed Mc Graw Hill. Año 2002. p 2156-9.
- Fred A. Mettler, Milton J. Guiberteau, Carolyn M. Voss, Christopher E. Urbina. Radiología de atención primaria. Mexico. Ed Mc Graw Hill. p 187-189 año 2002.

RESPUESTA CASO CLÍNICO TOS Y ASTENIA DE 6 SEMANAS DE EVOLUCIÓN

En la imagen radiográfica se puede observar una lesión cavitada en Lóbulo Superior Derecho con opacidades alveolares en ambos lóbulos superiores. La paciente fue diagnosticada de tuberculosis pulmonar con diseminación broncogena lo cual se confirmaría a posteriori con el estudio microbiológico.

BIBLIOGRAFÍA

- V. Auxina Ruiz, P. J. Cardona Iglesias. Capitulo 292. En: Farreras – Rozman. Medicina Interna. Madrid. Ed Harcourt. Decimocuarta edicion. p 2644 – 55.
- Fred A. Mettler, Milton J. Guiberteau, Carolyn M. Voss, Christopher E. Urbina. Radiología de atención primaria. Mexico. Ed Mc Graw Hill. p 57- 60. Año 2002.