

## *DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE JOVEN*

Dra. Begoña Gargallo Planas / Dra. Patricia Boned Blas / Dra. Susana Martínez Delgado

Médico Adjunto Servicio Urgencias, Hospital Royo Villanova, Zaragoza

Paciente de 19 años sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por presentar desde hace 24 horas episodio de dolor centrotorácico opresivo el cual se inició de forma brusca mientras estaba en la cama si irradiación ni cortejo vegetativo asociado de características pleuríticas. La presencia del dolor no impidió un descanso nocturno adecuado pero ante la persistencia del mismo acude a urgencias. No relata cuadro catarral ni febril pero sí refiere episodio diarreico y dolor de garganta y cuello. El paciente se encuentra afebril y con constantes de TA, pulso y saturación dentro de la normalidad. La auscultación pulmonar no llama la atención al igual que la cardiaca. Dado que el paciente presentaba dolor de cuello y garganta se procede a la exploración del mismo y se objetiva sensación de crepitación a nivel de región supraclavicular derecha ausente en región supraclavicular izquierda. Ante dicha exploración se reinterroga al paciente por episodios de tos, náuseas, vómitos o traumatismos sobre la región torácica siendo negados por el paciente.

Se realiza ECG siendo el mismo normal con ritmo sinusal a 72 latidos por minuto y ante la sospecha de enfisema subcutáneo se solicita Rx de tórax confirmando la presencia de dicho enfisema y visualizando una línea que perfila el contorno cardiaco siendo indicativo de neumomediastino el cual es confirmado posteriormente con TAC torácico. No se llegó al diagnóstico del origen de dicho neumomediastino ya que tanto parénquima pulmonar como el tubo digestivo estaban íntegros. El paciente permaneció ingresado en observación y con control radiológico siendo dado de alta con resolución completa tanto del enfisema subcutáneo como el neumomediastino.

Una vez más la historia clínica y exploración son importantes en nuestro día a día puesto que el hecho de apreciar crepitación a nivel de región supraclavicular nos hizo sospechar la patología a la que nos podíamos estar enfrentando y aunque no es una causa frecuente de dolor torácico, debemos de tenerla presente y como tal llevar a cabo la exploración física correspondiente para llegar a la sospecha y posterior diagnóstico.



Fig. 1. Rx de tórax en la que se aprecia imagen de aire en región supraclavicular derecha y línea hipodensa que perfila toda la silueta cardiaca.

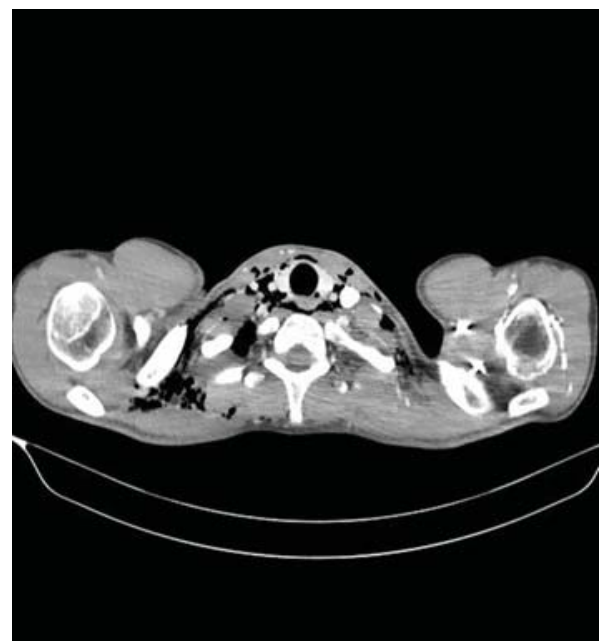


Fig. 2. Imagen de corte transversal de TAC torácico en el que se aprecia la distribución aérea entre el tejido celular subcutáneo y planos musculares.

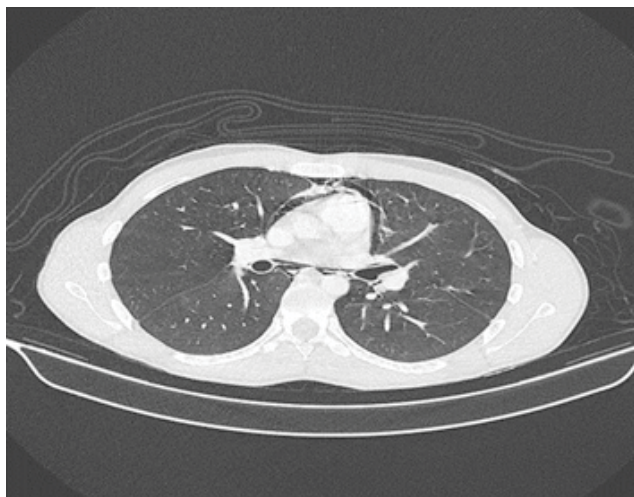


Fig. 3. Imagen de TAC torácico en el que se aprecia la línea aérea perfilando a toda la silueta cardiaca confirmando la presencia de neumomediastino.

### BIBLIOGRAFIA

1. Neumomediastino espontáneo en niños. Chalumeau M 1, Le Clainche L, Sayeg N, Sannier N, Michel JL, Marianowski R, Jouvét P, Scheinmann P, de Blic J. *Pediatr Pulmonol*. 2001 Ene; 31 (1): 67-75.
2. Traumatismo cerrado en el tórax con neumomediastino y neumoperitoneo secundario al efecto Macklin. Reporte de un caso]. Carzolio-Trujillo HA, Navarro-Tovar F, Padilla-Gómez CI, Hernández-Martínez IA, Herrera-Enríquez J. *Cir cir*. 2016 septiembre-octubre; 84 (5): 409-14. doi: 10.1016/ j.circir.2015.05.055.
3. Neumomediastino y enfisema subcutáneo causado por la perforación del divertículo sigmoideo secundario a traumatismo abdominal cerrado: reporte de un caso. Yaşar NF, Kebapçı M, Ihtiyar E. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* . 2011 Ene; 17 (1): 93-5.
4. Neumomediastino espontáneo y enfisema subcutáneo en la exacerbación del asma: el efecto Macklin. Romero KJ, Trujillo MH. *Corazón del pulmón*. 2010 septiembre-octubre; 39 (5): 444-7. doi: 10.1016 / j.hrtlng.2009.10.0

## ENCEFALITIS VÍRICA

Dra. Noemí Ramos Vicente<sup>1</sup> / Dra. Yulia Perova<sup>2</sup> / Dr. Rodrigo Sebastián Medina Vivas<sup>3</sup>

<sup>1</sup> FEA Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco, Teruel

<sup>2</sup> Médico residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro, Teruel

<sup>3</sup> FEA Medicina Intensiva. Hospital Obispo Polanco, Teruel

### CASO CLÍNICO

Mujer de 81 años con antecedentes de HTA, depresión, bocio y artrosis. Acude a urgencias por confusión y desorientación, acompañado de mareo sin giro de objetos, náuseas y vómitos en los últimos 3 días. El día del ingreso, pico febril de 38<sup>º</sup>. No clínica infecciosa respiratoria, urinaria ni digestiva. Hace 15 días estuvo en tratamiento antibiótico por probable otitis con lesiones cutáneas eritematosas en región mandibular y preauricular (Fig. 1). Actualmente habían desaparecido.

Exploración física: Normotensa. T<sup>a</sup> 38,4 °C. Eupneica. Consciente, desorientada en tiempo, espacio y persona. Dudosa rigidez de nuca. Afasia nominativa. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada. Reflejos simétricos. Reflejos plantares flexores. Resto de exploración normal.

En Urgencias se realizó TC craneal sin objetivar datos agudos de isquemia, hemorragia ni LOE por lo que se realizó punción lumbar ante la sospecha de meningitis vs encefalitis vírica. Se obtuvo líquido claro con presión normal, 240 Leucocitos 100% mononucleares, con aumento de proteínas 103 mg/dl y glucosa 56 mg/dl. Se pidió cultivo de líquido cefalorraquídeo y PCR de virus. Se inició antibioterapia de forma empírica incluyendo Aciclovir, hasta tener resultados de microbiología. El EEG, no fue valorable por registro artefactado. Se amplió estudio de imagen con RM cerebral, objetivando en la zona temporal, hiperintensidad en T1, patrón geográfico sugerente de encefalitis vírica (Figura 2). Al ser el cultivo negativo de LCR, únicamente se dejó tratamiento con Aciclovir, suspendiendo el resto de antibióticos. Finalmente se confirmó el diagnóstico de ENCEFALITIS HERPÉTICA, mediante PCR positiva para VHS-1, completando tratamiento con Aciclovir 10mg/Kg cada 8 hora 21 días, con buena evolución clínica. Quedando como secuela neurológica, pérdida de memoria reciente.

### DISCUSIÓN

El agente etiológico en adultos más frecuente de encefalitis herpética es VHS-1, cuya incidencia se estima en cuatro casos por millón de habitantes. Otros virus a tener en cuenta son, VHS-2 (en el periodo neonatal, consecuencia del paso a través del canal del parto infectado) y VVZ entre otros. El mecanismo de transmisión puede ser por primoinfección o reactivación viral. Afecta igualmente a ambos sexos.

Clínicamente hay alteración de la conciencia, fiebre, cefalea, cambios de personalidad, crisis epilépticas y focalidad neurológica con afasia, hemiparesia entre otros. Aproximadamente el 75% de los



Fig. 1. Lesiones cutáneas, probablemente herpéticas.

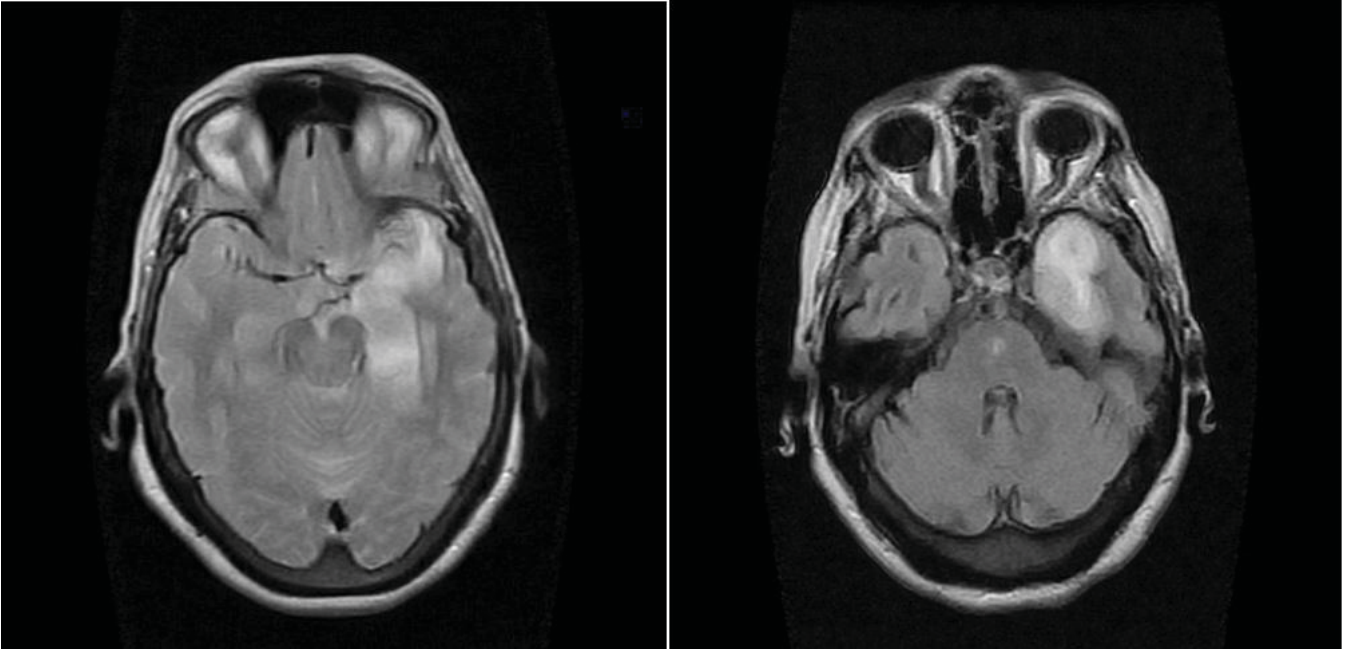


Fig. 2. RM cerebral. Lesión hiperintensa en lóbulo temporal.

pacientes presentan un EEG anormal, con enlentecimiento de la actividad, difuso o focalizado a regiones temporales, o descargas periódicas lateralizadas. Aunque no hay un patrón EEG exclusivo de esta entidad, la presencia de alteraciones focales frontotemporales en un contexto clínico adecuado es altamente sugestiva de encefalitis herpética.

El LCR muestra pleocitosis linfocitaria (entre 200 y 500 células/mm<sup>3</sup> habitualmente), con un incremento de proteínas y valores normales de glucorraquia (puede estar moderadamente descendida en el 5% de los casos). La PCR tiene una sensibilidad del 98% y una especificidad del 94% para VHS. Es el método diagnóstico de elección

La RM muestra alteraciones en más del 90% de los pacientes, fundamentalmente hiperintensidades, uni o bilaterales, en el lóbulo frontal y temporal, que se extienden hacia la ínsula. Si es muy precoz, la RM puede ser normal.

El tratamiento de elección es Aciclovir intravenoso, en dosis de 10 mg/kg de peso cada 8 h, durante 10-21 días.

### BIBLIOGRAFÍA

1. C.Rozman, F.Cardellach. Farreras-Rozman: Medicina Interna. 18ª Edición. Elsevier.2016. 168: 1357-1358.
2. D. Suárez Pita, J.C. Vargas Romero, J. Salas Jarque, I. Losada Galván, B. de Miguel Campo, P.M. Catalán Martín, B. Sánchez Moreno, M. A. Duarte Borges, I. Cabrera Rodrigo. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid. 8ª edición. p 708-709.
3. DL.Kasper, AS.Fauci, SL.Hauser, DL. Longo, JL.Jameson,J. Loscalzo.Harrison: Principios de Medicina Interna. 19ª Edición.McGraw Hill.2016. 164: 893-898.

## EFFECTO RESIDUAL TRAS ACV: ALTERACIÓN DEGLUTORIA

Dr. Lluís Alandete German<sup>1</sup> / Dr. Joan Izquierdo Alabau<sup>2</sup> / Dra. Yulia Perova<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico Interno Residente. Centro de Salud Centro. Teruel

<sup>2</sup> Médico Interno Residente. Centro de Salud Centro. Teruel

Acude a nuestra consulta un varón de 82 años con su hija, refiriendo cuadro brusco de disnea de esfuerzo esta mañana con síncope y con un posterior empeoramiento progresivo. El paciente es valorado en la consulta de atención primaria y dada la situación de inestabilidad respiratoria y hemodinámica se decide derivar a urgencias con traslado en ambulancia por empeoramiento clínico, con fatiga y disnea ante mínimos esfuerzos (MMRC 4), somnoliento y febrícula termometrada a 37'8°C.

En urgencias, el paciente presenta estado general con tendencia a la inestabilidad, taquipneico, con saturación O<sub>2</sub> 85% aún a pesar de instaurar oxigenoterapia. En la exploración, auscultación pulmonar con crepitantes en ambos campos pulmonares. Analíticamente, cabe destacar la elevación del dímero D y leucocitosis con desviación izquierda.

Como diagnóstico diferencial inicial se plantean varias posibilidades: síndrome de distress respiratorio del adulto, tromboembolismo pulmonar, edema agudo de pulmón y neumonía adquirida en la comunidad.

Se realiza una TC de arterias pulmonares donde no se observan signos de TEP. Se objetivan infiltrados alveolares dispersos y bilaterales. Se procede al ingreso hospitalario para manejo terapéutico y pruebas complementarias con diagnóstico de neumonía bilateral.

Pese a tratamiento con oxígeno, corticoides y antibioterapia de amplio espectro, el paciente manifiesta en su evolución inicial un deterioro clínico progresivo, necesitando alto flujo de oxígeno; al no apreciar mejoría y dada la calidad de vida previa, es ingresado en nuestro servicio de UCI precisando intubación orotraqueal (IOT).

El paciente permanece en UCI hasta la mejoría del cuadro, y es remitido a hospitalización en Planta donde presenta una recaída de la clínica respiratoria. Se decide ampliar el estudio clínico en busca de posibles desencadenantes de la recidiva



Fig. 1. Radiografía Torácica AP.

clínica, siendo destacable con un resultado concluyente el estudio esofagogástrico presentando incoordinación deglutoria (alteración residual tras accidente cerebrovascular previo) en la ingesta de uno de los bolos de contraste, que produce tos por aspiración bronquial de una pequeña cantidad, que reviste el margen intraluminal del bronquio principal derecho.

Valorando la alteración focal en la vía deglutoria se decidió intervención para nutrición por vía enteral, el paciente presentó una franca mejoría del cuadro respiratorio. Al alta el paciente permanece hemodinámicamente estable y con una buena funcionalidad ventilatoria, saturación de O<sub>2</sub> 90%. En la imagen clínica de este caso, queda demostrada una complicación residual, a veces frecuente, tras un episodio de ACV, y que precisa de unos cuidados especiales.

En este caso queremos destacar la importancia siempre de los antecedentes clínicos y valorar la posibilidad de episodios previos en la realización de la anamnesis de un paciente que en este caso era un claro condicionante del empeoramiento clínico;

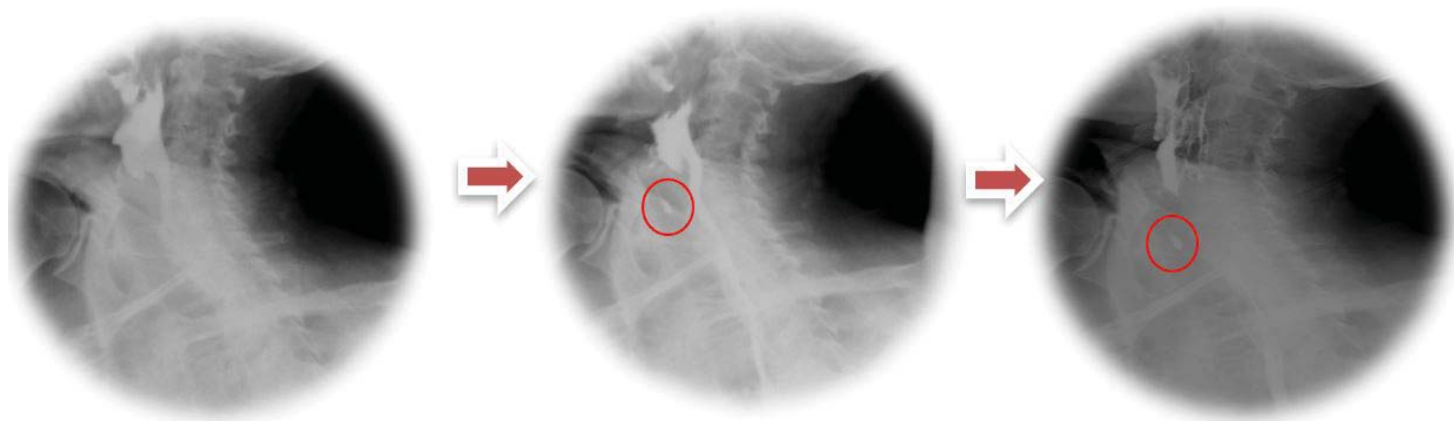


Fig. 2. Estudio esofagográfico.

la secuela que originó el antecedente de haber presentado ACV en los meses previos. A veces no tenemos un justificante diagnóstico de novo, y hay reevaluar la clínica y anamnesis para poder concluir en un diagnóstico certero.

### BIBLIOGRAFÍA

- de la Guía, G. D. T. (2009). de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid, 5-2.
- Moyano, Á. (2010). El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. Rev Hosp Clín Univ Chile, 21, 348-55.
- Recurso web, información para pacientes y familiares tras sufrir un ACV: [http://www.guiasalud.es/egpc/ictus\\_ap/pacientes/01\\_poblacion\\_objetivo.html](http://www.guiasalud.es/egpc/ictus_ap/pacientes/01_poblacion_objetivo.html)