

SESIÓN CLÍNICA

09/02/2022

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO...

DRA. CALVO (RI MEDICINA INTERNA).

DR. GUERRA (MÉDICO ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA).

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.



PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón, 84 años.

Motivo de consulta: DISNEA.

Antecedentes:

NAMC. Autónomo, no hábitos tóxicos.

FRCV: DM2 en tratamiento con metformina.

No AP de interés.

IQx: catarata OI.



ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente ingresado en trauma, tras accidente de tráfico.

Urgencias: fractura-luxación cadera derecha + dudosa fractura de esternón + fracturas costales múltiples.

Día +6 de ingreso: intervención quirúrgica con implante PTC derecha, no cementada.

A las 24h: episodio nocturno de dudosa broncoaspiración, rápido deterioro del EG. Taquipnea de reposo, fiebre de 38,3°C y disminución del nivel de conciencia.

IC Med. INTERNA.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

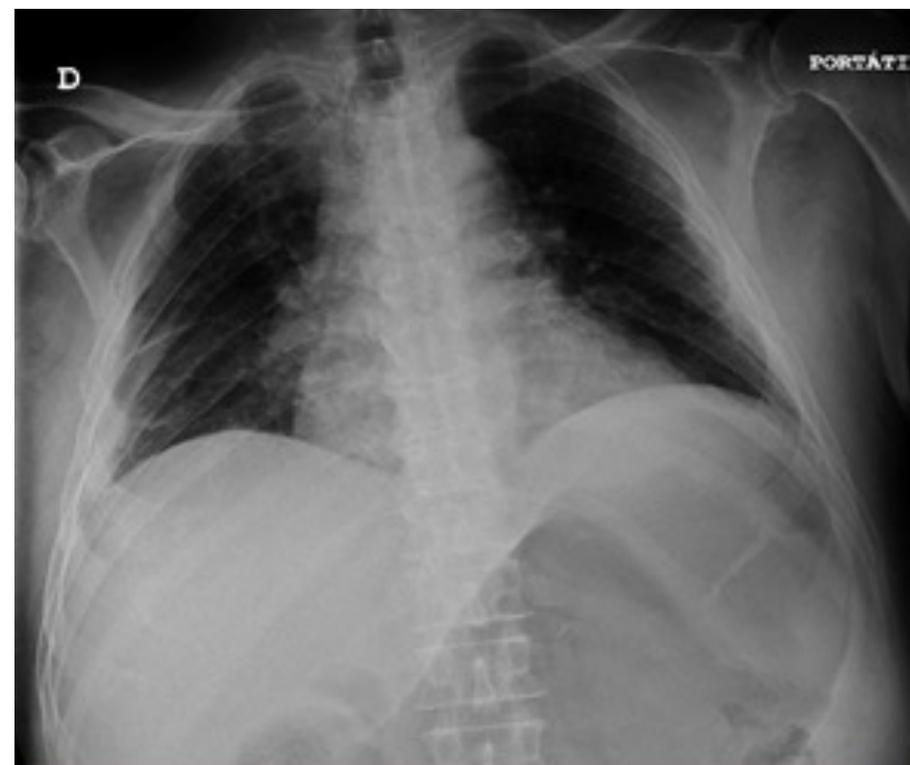
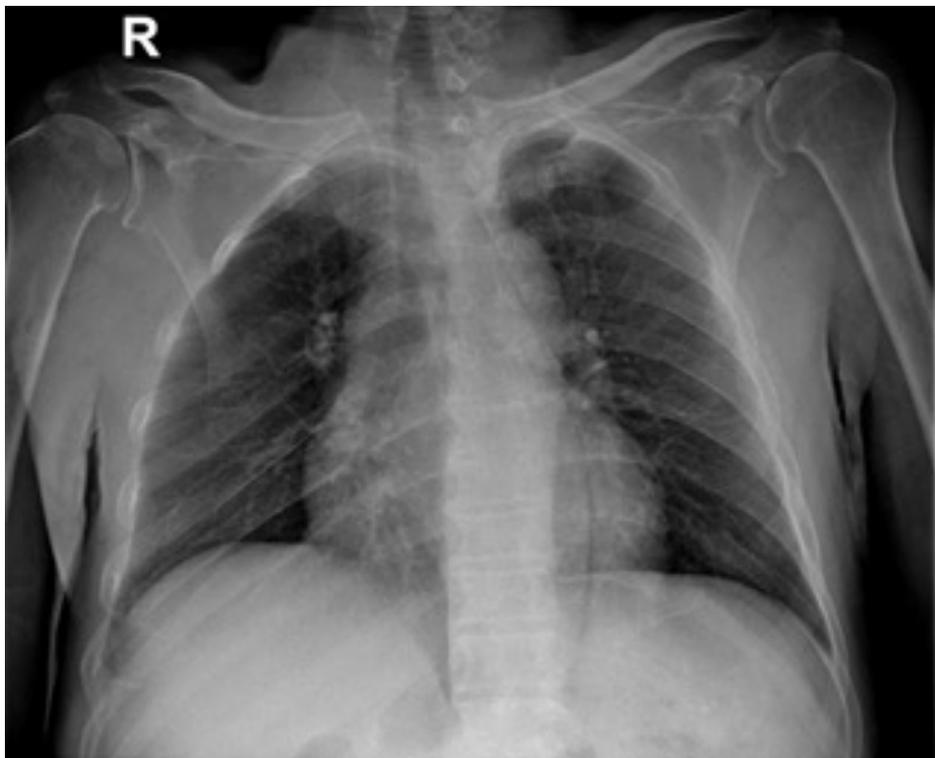
- T^a 38,3; TA 165/87.
- Tendente al sueño, **respuesta confusa** a órdenes sencillas.
- **Taquipnea** a 24 rpm. AP: **MVC**, sin ruidos sobreañadidos.
- AC: **Rítmico** a 100lpm, sin soplos.
- Abd: Blando, no doloroso.
- MMII: leve edema pretibial bilateral y **livideces**.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- BQ: Cr 1,5 (FG 42); **PCR 525**. Iones y resto de perfil bq urgente normales.
- HG: Leucos 6.600 (N 87%, C 3%); Hb 9,5 (normo-normo); Plaq 216; INR 1,3; TP 69%.
- GAB: **pO₂ 133**; pCO₂ 24; pH 7,46.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Radiografías: día de ingreso y día del empeoramiento.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Embolismo graso:
 - ✓ A favor: Disnea brusca, confusión mental, deterioro FR, antecedente fracturas huesos largos .
 - ✗ En contra: ausencia de petequias, FC < 110lpm, hiperoxia, fiebre, PCR.
- Tromboembolismo:
 - ✓ A favor: Disnea brusca, taquipnea, antecedente cirugía PTC cadera, inmovilización, hipertensión, alcalosis respiratoria, edema y livideces en EEII. Escala de Wells 4,5pts = R. moderado (Signos y síntomas ETV + AP cirugía e inmovilización).
 - ✗ En contra: FC 100, no dolor, fiebre, hiperoxia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Edema agudo de pulmón:
 - ✓ A favor: Disnea, MEG, taquipnea, edema periférico.
 - ✗ En contra: AP normal, no derrame en radiografía, alcalosis respiratoria, PCR.
- Broncoaspiración:
 - ✓ A favor: Disnea, alteración conciencia, fiebre, antecedente de sedación.
 - ✗ En contra: no tos, no vómitos, no dolor torácico, no radiografía sugestiva, hiperoxia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Intoxicación CO:
 - ✓ A favor: confusión mental, taquipnea, hiperoxia (falseada).
 - ✗ En contra: fiebre, tiempo de evolución, PCR.
- Toxicidad hiperóxica:
 - ✓ A favor: Disnea, alteración conciencia, HTA, hiperoxia, edema MMII, antecedente anestésico.
 - ✗ En contra: taquipnea, PCR.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Neumonía:
 - ✓ A favor: Disnea, **PCR** elevada, taquipnea.
 - ✗ En contra: AP normal, edema y livideces, no leucocitosis.
- TCE:
 - ✓ A favor: confusión mental, taquipnea, antecedente de traumatismo, **livideces**.
 - ✗ En contra: fiebre, hiperoxia, PCR.
- Neumotórax:
 - ✓ A favor: Disnea, antecedente fracturas costales, HTA?
 - ✗ En contra: deterioro FR, HTA, hiperoxia, fiebre...

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Contusión pulmonar:
 - ✓ A favor: Disnea, antecedente fracturas costales.
 - ✗ En contra: deterioro FR, HTA, hiperoxia, fiebre...
- Volet costal:
 - ✓ A favor: Disnea brusca, fracturas costales múltiples.
 - ✗ En contra: hiperoxia, no dolor localizado, no respiración paradójica, HTA, deterioro FR...
- Hemorragia interna/hematoma:
 - ✓ A favor: Múltiples fracturas y antecedente quirúrgico, anemia, Cr elevada (FRA prerrenal).
 - ✗ En contra: HTA, fiebre, PCR, Urea normal?...



- ¿Petequias en tronco superior?
- ¿Lesiones craneales por TCE?
- ¿Focalidad NRL?
- ¿Antecedente de ventilación mecánica?
- ¿PCT?
- ¿Retirada metformina previo a cirugía?
- ¿Glucemia?
- ¿Evidencia de sangrado?

MANEJO PRÁCTICO:

- Pruebas complementarias:
 - DD (alto VPN, descartar TEP) 
 - + TC protocolo TEP
 - Eco FAST → Body TC
 - Rx tórax en espiración forzada.
 - Monitorización cardíaca (ECG), pulsioximetría y glucemia.
 - HHCCx2 + antigenuria (Legionella y Neumococo).

MANEJO PRÁCTICO:

- Anticoagulación con HBPM.
- Oxigenoterapia y soporte ventilatorio según necesidad.
- Dieta absoluta + sueroterapia iv.
- Antitérmicos.
- Analgesia y sedación.
- Antibioterapia empírica.
- Fijación temprana de las fracturas.

GRACIAS

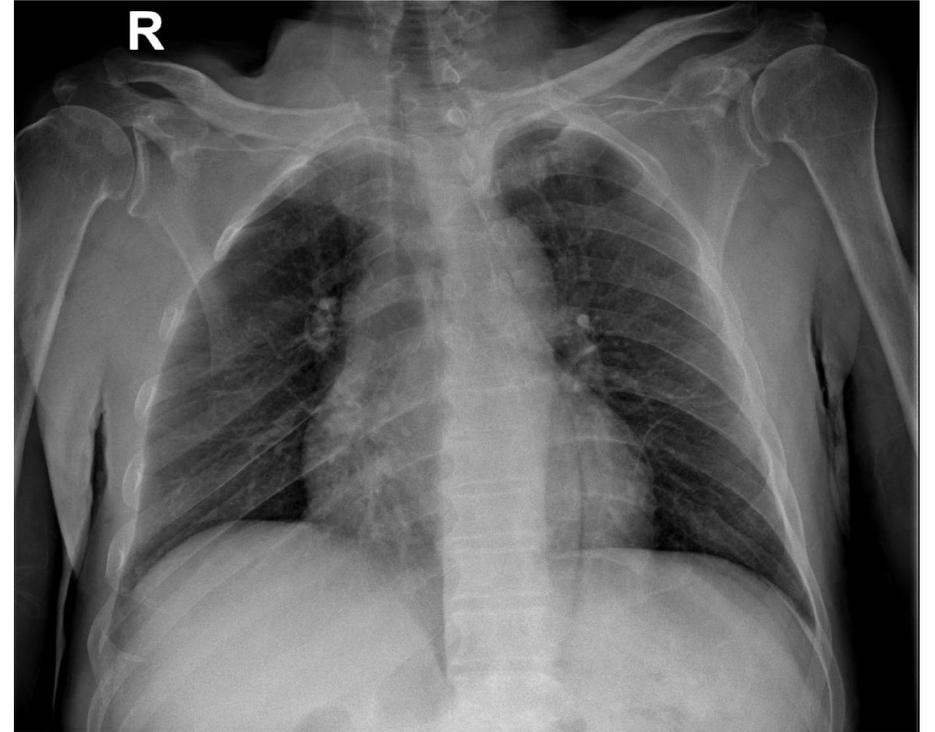


Firenze – Piazza del duomo

Caso Clínico de M. Interna.

***InterConsulta URGENTE: Paciente ingresado
en el S° de Traumatología con disnea.***

***Dra. Lara Calvo
Jose Guerra Laso.
S° de M. Interna.
09-Febrero-2022.***



84 años, autónomo (conduce). DM2 en tratamiento con ADO.

Politraumatismo tras accidente de tráfico (se sale de la calzada). Llega consciente, y estable.

Se intenta reducir una “luxación” de cadera, no es posible.

Pasa a planta, está estable.

En el día +6 de ingreso se interviene de fractura de cadera. La noche previa episodio autolimitado de desaturación.

El día siguiente a la intervención, DISNEA, intenso trabajo respiratorio y deterioro del estado general.

Valoración inicial en planta. Se comenta el caso con REA e ingresa en su Unidad.

¿DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN?

Broncoaspiración: Pico febril. Episodio de sospecha la noche anterior.

Rx Normal. Mantiene buena saturación.

TEP: pO₂ >100 mmHg con GN. Durante su estancia en REA se mantiene igual. NO precisó VM. Deterioro en los días siguientes precisando VK al 31%.

Embolismo graso:

Cardiopatía isquémica: ECG sin alteraciones. Fue valorado por Cardiología en REA sin encontrar patología isquémica. Eco Cardio NORMAL.

Sepsis: Sacados HC. Se mantiene hemodinámicamente estable, con función renal normal.

...

A su llegada a REA destaca progresiva disminución del nivel de conciencia y mala perfusión periférica.

Inicialmente se pautó oxigenoterapia, Amoxicilina /ác. Clavulánico y analgesia.

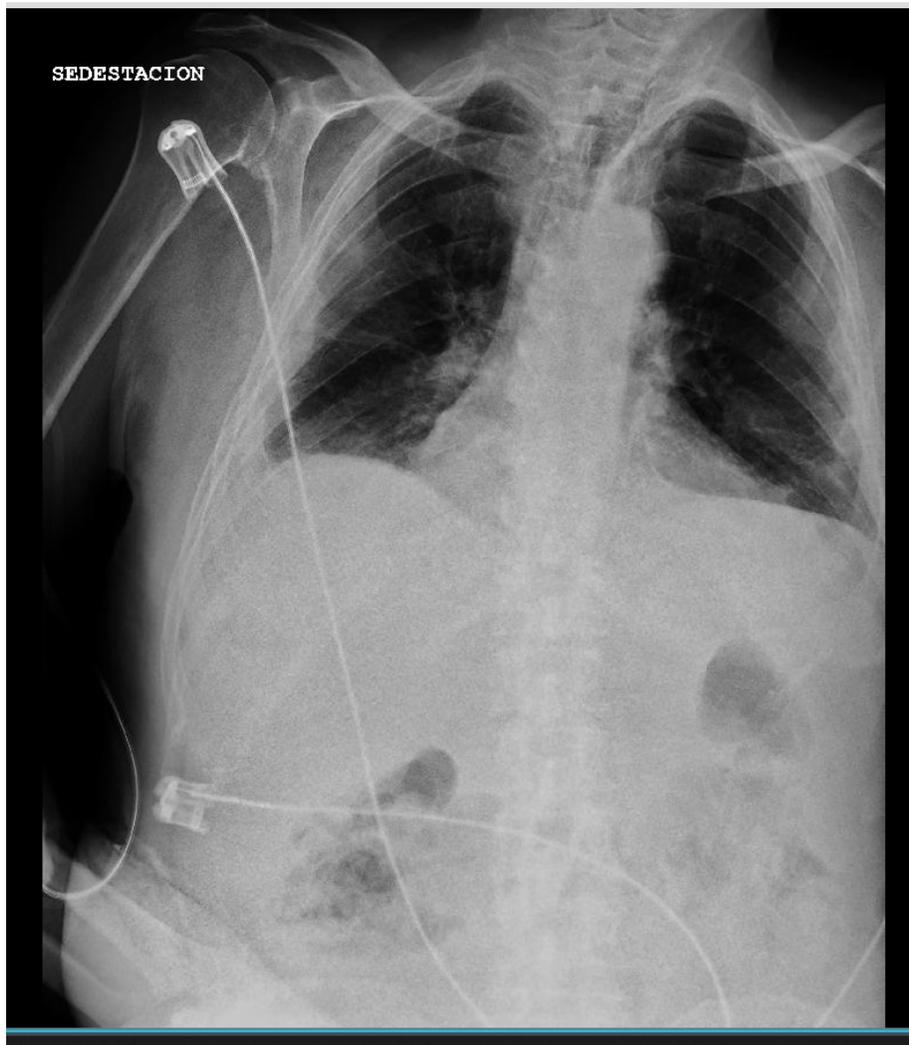
NO se realizaron otras pruebas complementarias.

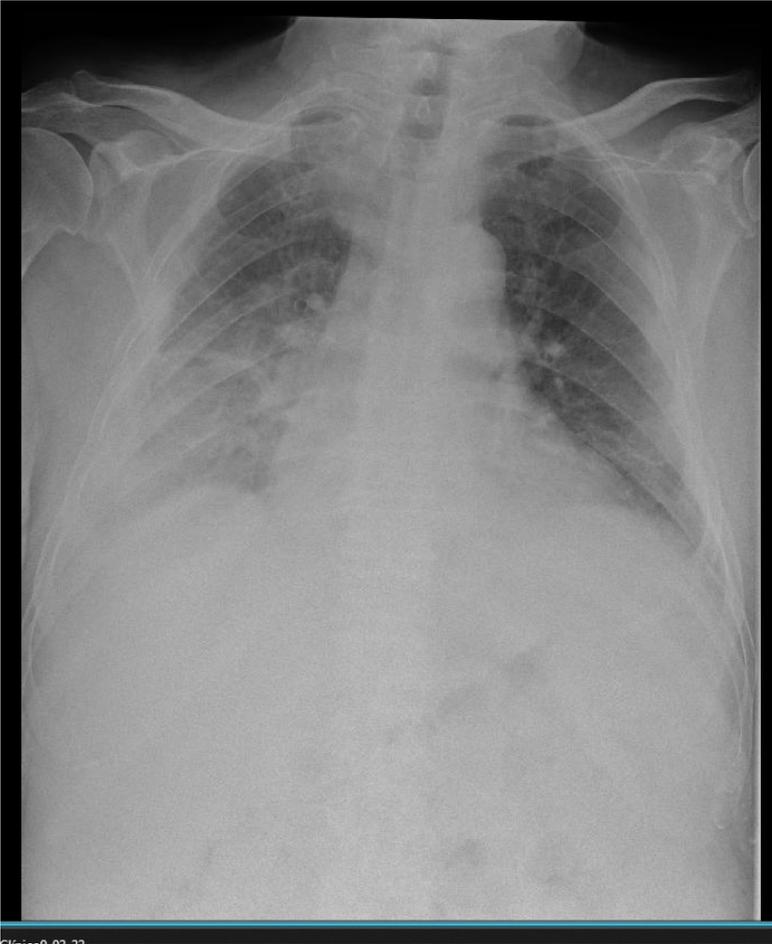
Durante su estancia en REA presenta una progresiva mejoría del nivel de conciencia. Se sienta y tolera dieta oral.

El día +3 de ingreso, ya afebril: HC positivos para SAMR. Se añade al tratamiento Linezolid iv.

Pasa a planta estable el día +5 de ingreso en REA.

Estable en planta. El día +17 desde el empeoramiento se realiza TAC Torácico : Fracturas costales bilaterales múltiples. En el lado izquierdo la 2ª y 3ª se encuentran fracturadas en dos puntos, con luxación de la porción anterior del 2º arco costal anterior. Fractura de cartílagos costales 6º y 7º izquierdos. Posibles fracturas esternales no desplazadas (estudio artefactado). Hematoma en musculatura pectoral izquierda. Derrame pleural bilateral de al menos moderada cuantía. Líquido libre periesplénico.





Se añade Imipenem.

El paciente se mantiene en planta.

Progresiva mejoría, desaparición de la disnea y alta el día + 35 de ingreso.

Tres meses después ingresa en M. Interna (HMSI) por cuadro sincopal atribuido a anemia (Hgb 8,3).

Cuatro meses después reingresa en Trauma por Infección de PTC derecha.

Diagnósticos Finales: 1) Bacteriemia por SAMR de origen no aclarado (respiratorio?), 2) disminución del nivel de conciencia, autolimitado, tras IQ. 3) Disnea sin clara insuficiencia respiratoria y 4) Múltiples fracturas costales.