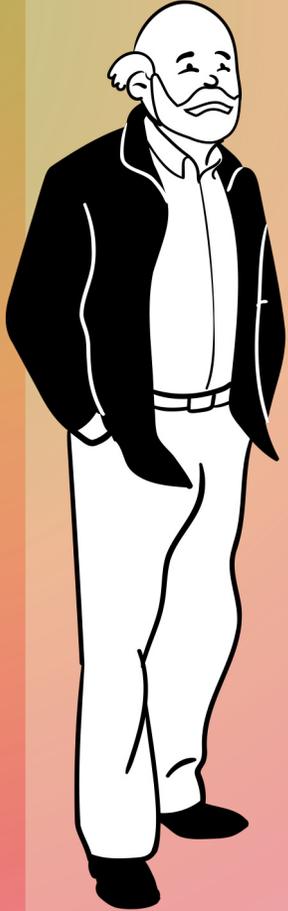




Caso clínico **20 de marzo** **de 2024**

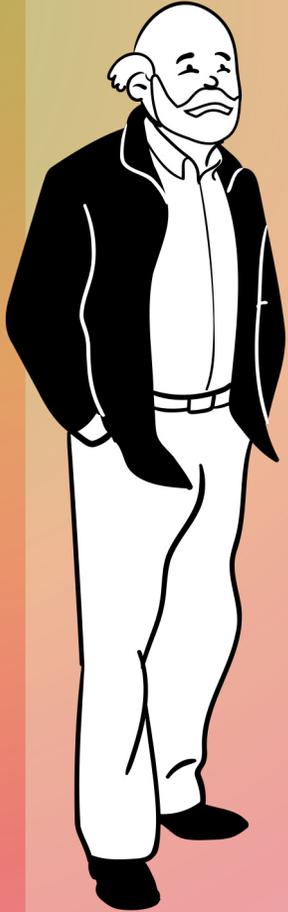
Alicia Romero Calvo
Dr. Alberto Morán

Caso clínico



- **Motivo de ingreso:** Fiebre
- **Antecedentes Personales:**
 - › Varón de 87 años.
 - › No alergias medicamentosas conocidas.
 - › Independiente, vive en domicilio con su esposa.
 - › Fumador en activo (esporádicamente en la actualidad) de unos 30 paquetes/año sin criterios de bronquitis crónica.
 - › Hipertensión arterial desde hace 15 años, bien controlada.
 - › Hernia de hiato.
 - › Antecedente de HDA por duodenitis hace 1 año.
- **Tratamiento habitual:** Losartán 50 mg/d, Omeprazol 20 mg/d.

Caso clínico



- **Estado actual:** Acude directamente a Urgencias del Hospital por **fiebre en últimas 24-36 horas**, que es continua junto con malestar general y **dolor en costado izquierdo** que aumenta con la inspiración profunda. Se inició de madrugada. Estreñimiento crónico. Dolor mecánico en rodilla derecha. Se decide su ingreso en la UCE.
- **Exploración física:** TA 135/65 mmHg, FC 90 lpm, FR 12, T^a 37.6°C. Buen estado general, hidratado, eupneico en reposo, no IY.
 - ACP: rítmico a 90 lpm, Hipoventilación pulmonar global con crepitantes en base izquierda.
 - Abdomen blando, depresible y no doloroso.
 - EEII sin edemas.



Estudios complementarios:

- *Hemograma*: Leucocitos: 11.100, Hb: 15.8, VCM: 93, Plt: 168000.
- *Coagulación*: INR: 1.1, Actividad protrombina: 91%.
- *Bioquímica*: Glucosa: 118, **Urea: 49**, **Creatinina: 1.2**, FG: 56, Na: 136, K: 4, **PCR: 227**, PCT 0,3, GOT: 21, GPT: 10, BT: 1.4, amilasas: 44.
- *Gases arteriales al ingreso*: pH 7.41, **pO₂ 63**, pCO₂ 34, CO₃H 23, SatO₂ 92%.
- *Sistemático y sedimento de orina*: normal.

Estudios complementarios:

ECG



Radiografía de tórax



Varón de 87 años

Fiebre de 36 horas de evolución

Dolor en costado izquierdo

Elevación de marcadores de infección

Consolidación en base izquierda



Ecografía pulmonar

TABLA 1. Utilidad de la ecografía torácica.

Estudio de la pared torácica

Tumoraciones	Visualización de las características, delimitación y como guía de punciones
Fracturas costales	Pacientes con dolor localizado, en los que la radiografía no muestra hallazgos
Nódulos linfáticos	Estudio de adenopatías y guía de punciones

Pulmón

Neumonías	Visualización de zonas de pulmón condensada
Atelectasias	Visualización del parénquima pulmonar colapsado y en ocasiones flotando sobre líquido pleural
Abscesos	Delimitación de abscesos periféricos y como guía de punciones
Enfermedad intersticial	Aumento de artefactos en "cola de cometa" líneas B
Cavidades periféricas	Guía para toma de muestras
Tumoraciones periféricas	Guía para punciones
Embolismo pulmonar	En casos de infartos pulmonares

Pleura

Derrames	Cuantía y características del derrame
Empiemas	Loculaciones y guía para colocación de drenajes
Lesiones sólidas	Guía para punciones
Examen dinámico	Diagnóstico rápido de neumotórax

Mediastino

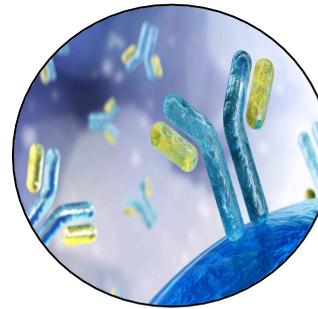
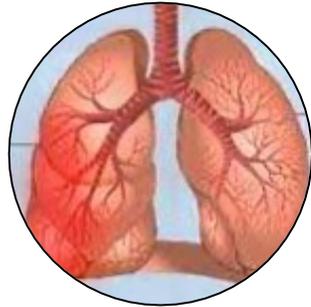
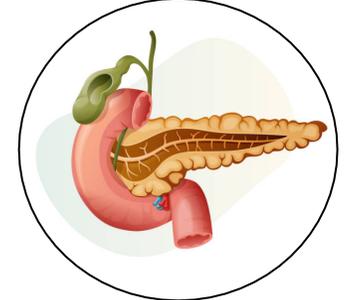
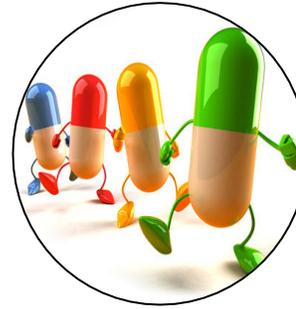
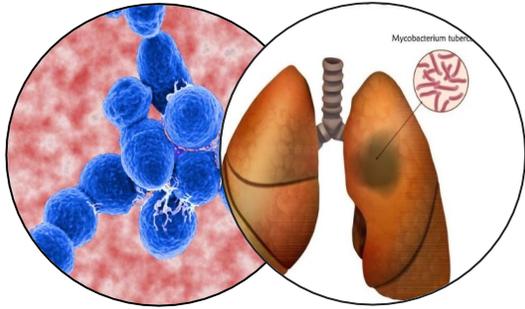
Aumento de mediastino	Características del aumento: sólido-líquido
Adenopatías	Valoración de adenopatías y punciones
Derrame pericárdico	Cuantificación y valoración de taponamiento
Síndrome de vena cava superior	Valoración de colaterales

Diafragma

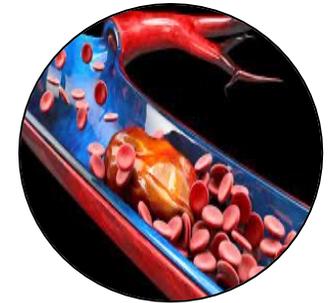
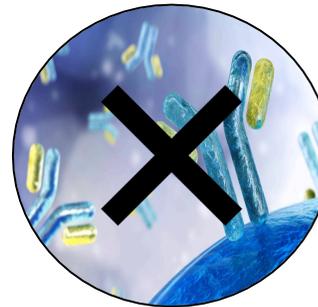
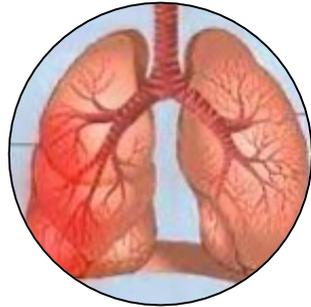
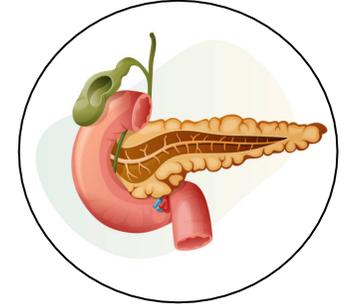
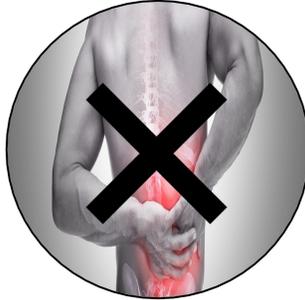
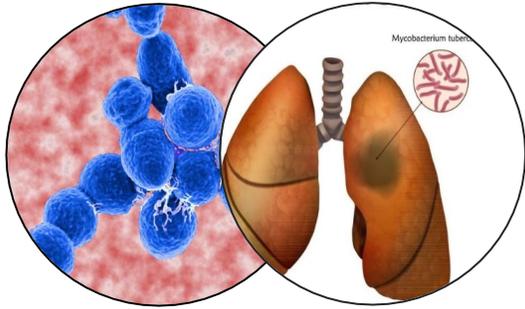
Estudio de movilidad diafragmática	Diagnóstico de parálisis diafragmática.
------------------------------------	---

Modificada de Beckh S, et al. Real-time chest ultrasonography: a comprehensive review for the pulmonologist. Chest. 2002; 122: 1759-73.

Dolor pleurítico



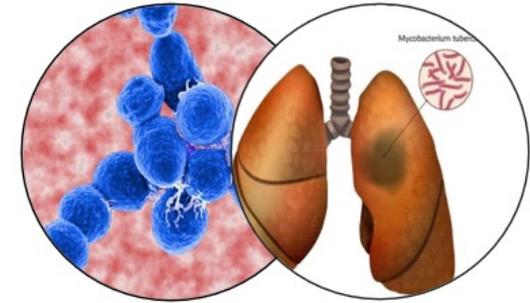
Dolor pleurítico



Dolor pleurítico

- **Neumonía**

- **Bacteriana:** *S. pneumoniae*, *Hib*, *Moraxella catarrhalis*, *S. aureus*...
- **Tuberculosis pulmonar**
- **Vírica:** SARS Cov2, Virus de la gripe A y B, Virus respiratorio sincitial.
- **Fúngica:** *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides immitis*, *Bastomyces dermatidis*, *Aspergillus*



- Condensación basal izquierda
- Fiebre



Sin clínica respiratoria

Dolor pleurítico

- **Neumonía**

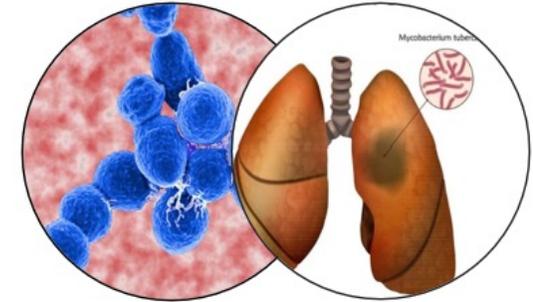
Fine (PSI): 87. Fine III.

- Edad - 87

CURB65: 2

- Edad - 1
- Urea > 7 mmol/L - 1

Escala de Fine (PSI)		
Edad		
Varones		Años
Mujeres		Años - 10
Asilo/residencia		+ 10
Comorbilidades		
Neoplasia		+ 30
Hepatopatía		+ 20
Insuficiencia cardíaca congestiva		+ 10
Accidente cerebrovascular		+ 10
Nefropatía		+ 10
Signos clínicos		
Alteración estado mental		+ 10
Frecuencia respiratoria > 30 rpm		+ 20
Temperatura < 35°C o > 40°C		+ 20
PAS sistólica < 90 mmHg		+ 15
Pulso > 125 lpm		+ 10
Alteraciones laboratorio		
BUN > 30 mg/dl		+ 20
Na < 130 nmol/l		+ 20
Glucosa > 250 mg/dl		+ 10
Hematocrito < 30%		+ 10
Alteraciones radiológicas		
Derrame pleural		+ 10
Oxigenación		
pH arterial < 7,35		+ 30
PaO ₂ < 60 mmHg		+ 10
Clase de riesgo	Puntuación	Probabilidad de muerte (30 días) (%)
I	Si < 50 años y sin neoplasia, ni insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, hepática o renal	0,1
II	< 70	0,6
III	71-90	0,9-2,8
IV	91-130	8,2-9,3
V	> 130	27-29,2

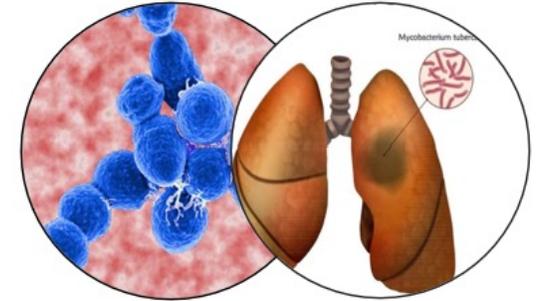


CURB-65

Confusión	+ 1
Urea > 7 mmol/l	+ 1
Frecuencia respiratoria > 30 rpm	+ 1
PAS < 90 o PAD < 60 mmHg	+ 1
Edad > 65 años	+ 1

Grupos de riesgo	Puntuación	Probabilidad de muerte (30 días) (%)
1	0-1	< 3
2	2	9,2
3	3 o más	31

Dolor pleurítico



- **Neumonía**

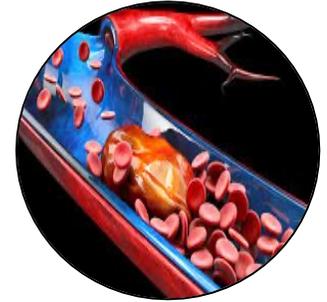
Escala pronóstica	Estudio microbiológico	Tratamiento antibiótico	Lugar de destino
Fine I-II CURB65 Grupo 1	Cultivo esputo Ag Orina neumocócico Opcional: cultivo esputo, Ag urinario de <i>Legionella</i> Estudio serológico	Monoterapia: levofloxacino 500 mg/24 h (7-10 días) Moxifloxacino 400 mg/24 h (7-10 días) Terapia combinada: amoxicilina 1 g/8 h + (macrólido [azitromicina 500 mg/24 h (3-5 días) o claritromicina 500 mg/12 h (10 días)	Alta hospitalaria Control em 48 h
Fine III CURB65 Grupo 2	Previos y: Cultivos de esputo, Ag urinario de <i>Legionella</i> Hemocultivos seriados	Monoterapia: levofloxacino 750 mg/24 h, moxifloxacino 400 mg/24 h Terapia combinada: cefalosporina tercera (cefotaxima 2 g/6-8 h o ceftriaxona 2 g/24 h) o amoxicilina-ácido clavulánico y macrólido (azitromicina o claritromicina)	Valorar hospitalización breve
Fine IV CURB65 Grupo 3	Previos	Terapia combinada: cefalosporina tercera (cefotaxima 2 g/6-8 h o ceftriaxona 2 g/24 h) y macrólido o levofloxacino Sospecha aspiración: amoxicilina-ácido clavulánico 2 g/8 h o ertapenem	Hospitalización
Fine V CURB65 Grupo 3	Previos (considerar broncoscopio)	Cefalosporina tercera (cefotaxima 2 g/6-8 h o ceftriaxona 2 g/24 h) o amoxicilina-ácido clavulánico más macrólido (azitromicina 500 mg/24 h o claritromicina 500 mg/12 h) o fluoroquinolonas (levofloxacino 750 mg/24 h) Factores de riesgo de <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Cefepime o carbapenem (imipenem/meropenem) o piperacilina-tazobactam + fluoroquinolonas (ciprofloxacino/levofloxacino)	Hospitalización UCI

Dolor pleurítico

- **Infarto pulmonar. Tromboembolismo pulmonar**



- Afectación periférica → Dolor pleurítico con irritación pleural
- Fiebre



Dolor pleurítico



- **Infarto pulmonar. Tromboembolismo pulmonar**

Escala de Ginebra

Factor	Puntos de decisión clínica	
	Versión original ⁹¹	Versión simplificada ⁸⁷
TEP o TVP previa	3	1
Frecuencia cardíaca		
75-94 lpm	3	1
≥ 95 lpm	5	2
Cirugía o fractura en el último mes	2	1
Hemoptisis	2	1
Cáncer activo	2	1
Dolor unilateral en extremidades inferiores	3	1
Dolor a la palpación venosa profunda de extremidades inferiores y edema unilateral	4	1
Edad > 65 años	1	1
Probabilidad clínica		
<i>Puntuación en tres niveles</i>		
Baja	0-3	0-1
Intermedia	4-10	2-4
Alta	≥ 11	≥ 5
<i>Puntuación en dos niveles</i>		
TEP improbable	0-5	0-2
TEP probable	> 6	≥ 3

Escala de Wells

Variable	Puntaje	
	Versión original	Versión simplificada
TVP o TEP previo	1,5	1
FC >100/min	1,5	1
Cirugía o inmovilización dentro de las 4 semanas	1,5	1
Hemoptisis	1	1
Cáncer activo	1	1
Signos clínicos de TVP	3	1
Diagnóstico alternativo menos probable que TEP	3	1
Probabilidad clínica de TEP		
TEP poco probable	≤4	≤1
TEP posible	>4	>1

Escala de Ginebra: 4 puntos / 2 puntos

Probabilidad intermedia – TEP improbable

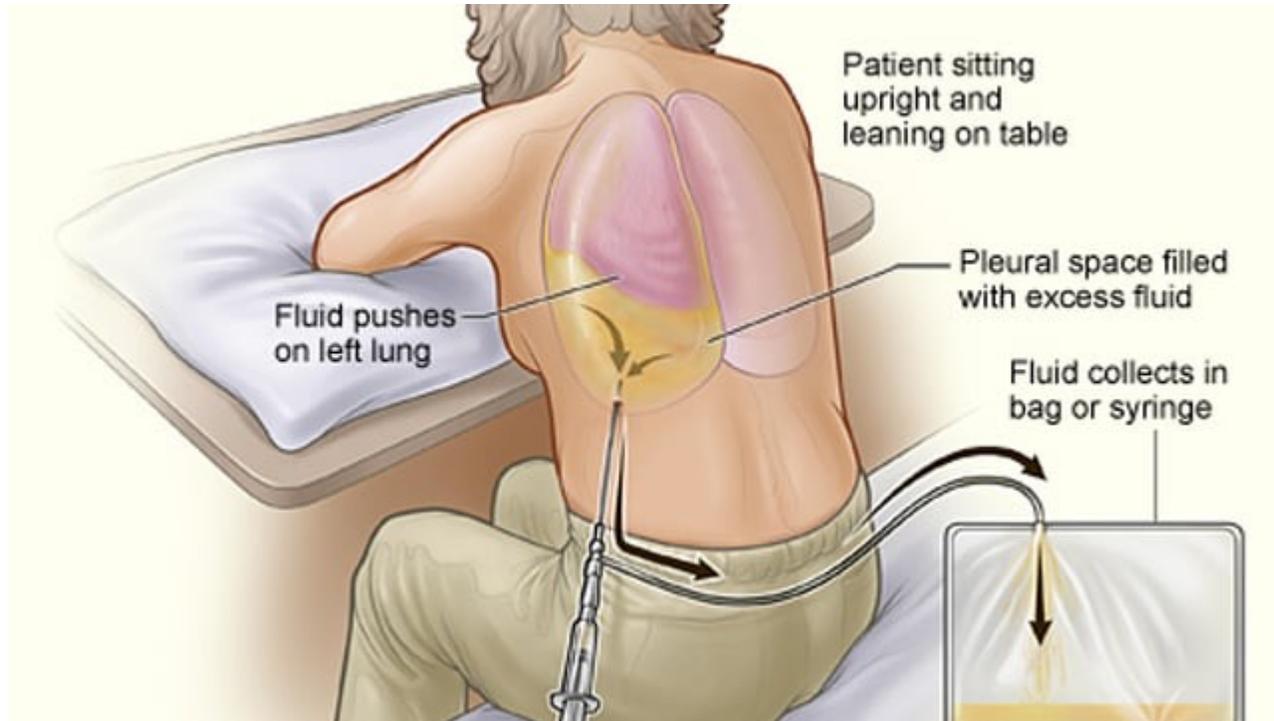
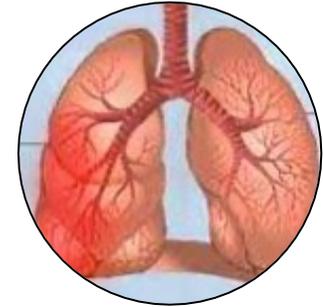
Escala de Wells: 0 puntos / 0 puntos

Probabilidad clínica: TEP poco probable



Dolor pleurítico

- **Pleuritis** (Infecciosa, inflamatoria o por contigüidad)



Toracocentesis diagnóstica

Criterios de Light

Gradiente albúmina LP-plasma

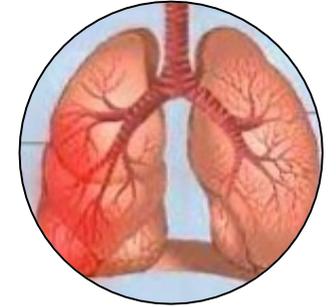


Dolor pleurítico
Inflamación y febrícula



No claro pinzamiento de
seno costofrénico

Dolor pleurítico



- **Pleuritis**

CUADRO 87-1

Etiología del derrame pleural

Trasudado

Insuficiencia cardíaca

Cirrosis hepática

Nefropatías: síndrome nefrótico, glomerulonefritis, urinotórax, diálisis peritoneal

Otras: mixedema, sarcoidosis, tromboembolia pulmonar

Exudado

Infecciones

Tuberculosis

Bacterias

Otras: virus y *Mycoplasma*, parásitos, hongos

Neoplasias

Metastásicas

Primaria (mesotelioma)

CUADRO 87-1

Etiología del derrame pleural

Miscelánea

Traumatismo (hemotórax)

Tromboembolia pulmonar

Enfermedades abdominales (absceso subfrénico, hepático o esplácnico, pancreatitis, intervención quirúrgica abdominal)

Derrame pleural benigno por asbesto

Uremia

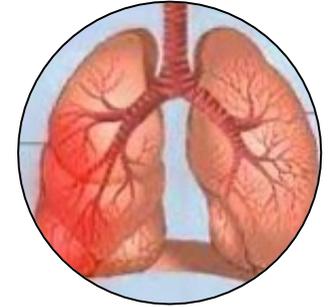
Enfermedades autoinmunes sistémicas (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren)

Fármacos (nitrofurantoína, amiodarona, metotrexato, bleomicina, minoxidilo)

Otras: sarcoidosis, síndromes de Meigs y Dressler, trasplante pulmonar y hepático, intervención quirúrgica coronaria, amiloidosis, radioterapia, pulmón atrapado, pericarditis

Dolor pleurítico

- **Pleuritis**



CUADRO 87-1

Etiología del derrame pleural

Trasudado

Insuficiencia cardíaca

Cirrosis hepática

Nefropatías: síndrome nefrótico, glomerulonefritis, urinotórax, diálisis peritoneal

Otras: mixedema, sarcoidosis, tromboembolia pulmonar

Exudado

Infecciones

Tuberculosis

Bacterias

Otras: virus y *Mycoplasma*, parásitos, hongos

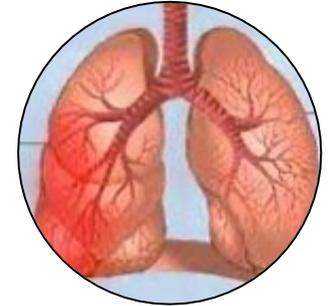
Neoplasias

Metastásicas

Primaria (mesotelioma)

Dolor pleurítico

- **Pleuritis**



CUADRO 87-1

Etiología del derrame pleural

Miscelánea

Traumatismo (hemotórax)

Tromboembolia pulmonar

Enfermedades abdominales (absceso subfrénico, hepático o esplácnico, pancreatitis, intervención quirúrgica abdominal)

Derrame pleural benigno por asbesto

Uremia

Enfermedades autoinmunes sistémicas (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren)

Fármacos (nitrofurantoína, amiodarona, metotrexato, bleomicina, minoxidilo)

Otras: sarcoidosis, síndromes de Meigs y Dressler, trasplante pulmonar y hepático, intervención quirúrgica coronaria, amiloidosis, radioterapia, pulmón atrapado, pericarditis

Dolor pleurítico

- **Neoplasia**



Fumador

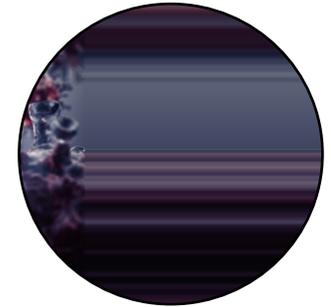
Marcadores de inflamación elevados



No síndrome general

Fiebre

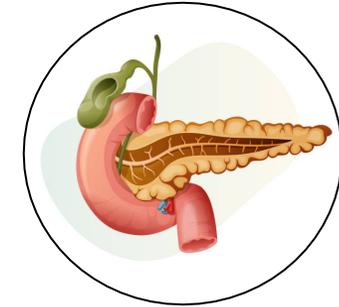
- **Neoplasia pulmonar**
- **Tumores de la pared torácica**
- **Tumores pleurales**
 - Metastásicos
 - Mesotelioma



Dolor pleurítico

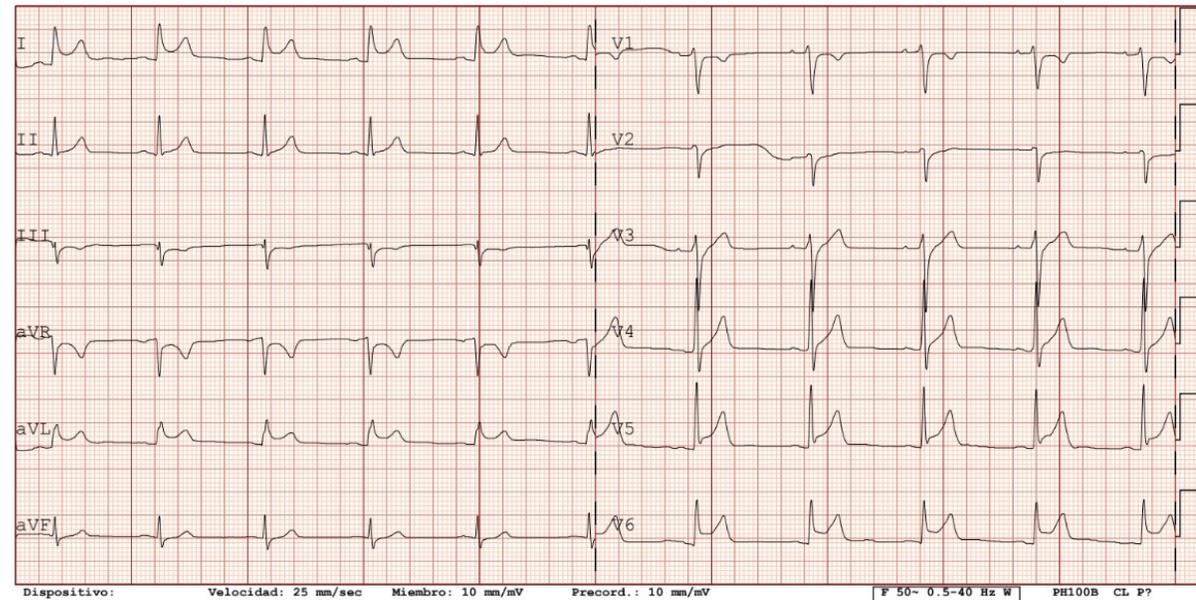
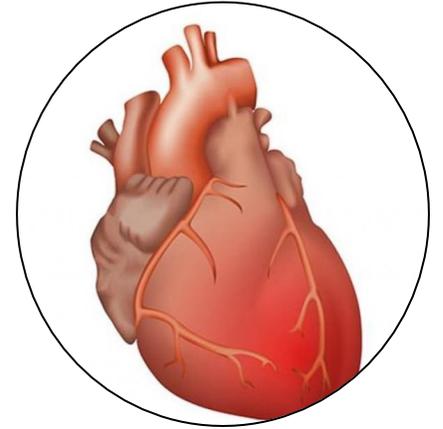
- **Procesos inflamatorios abdominales**

- Pancreatitis aguda y crónica → fístulas
- Abscesos subfrénicos
- Cirrosis hepática y síndrome nefrótico
- Neoplasias abdominales (esplénicas, renales)



- **Pericarditis**

- Asociado a cuadro catarral de vías altas
- Derrame pericárdico





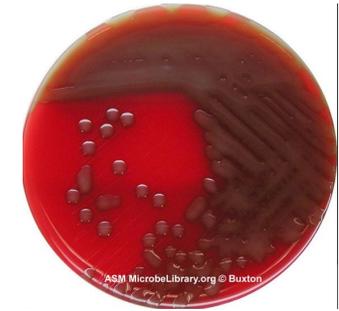
Pruebas complementarias

Pruebas iniciales



- ✓ Hemocultivos
- ✓ Cultivo de esputo
- ✓ Antígenos en orina
- ✓ PCR de virus respiratorios

- ✓ Ecografía pulmonar



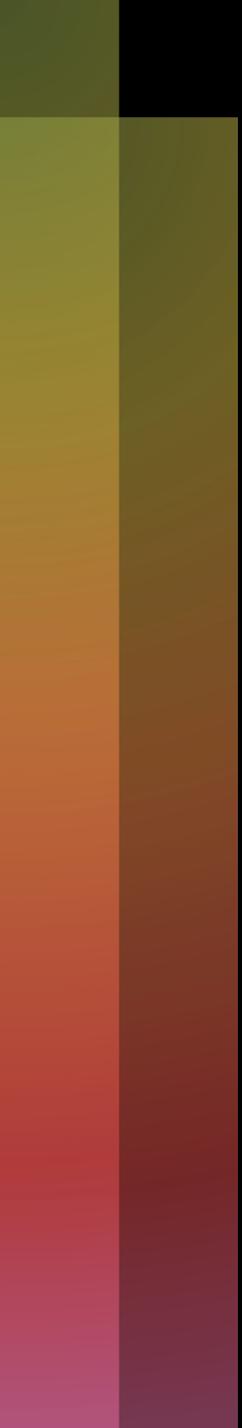
Pruebas iniciales



Ampliar pruebas de imagen:

- ✓ TC torácico
- ✓ Ecografía abdominal



A vertical bar on the left side of the slide with a color gradient from dark green at the top to dark red at the bottom.

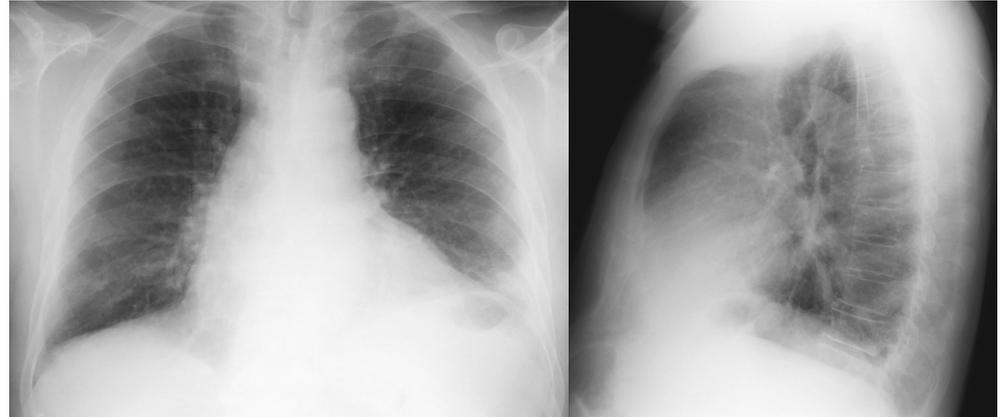
¡ Muchas gracias!

Sesión clínica 20 de marzo de 2024

Alicia Romero
Alberto Morán

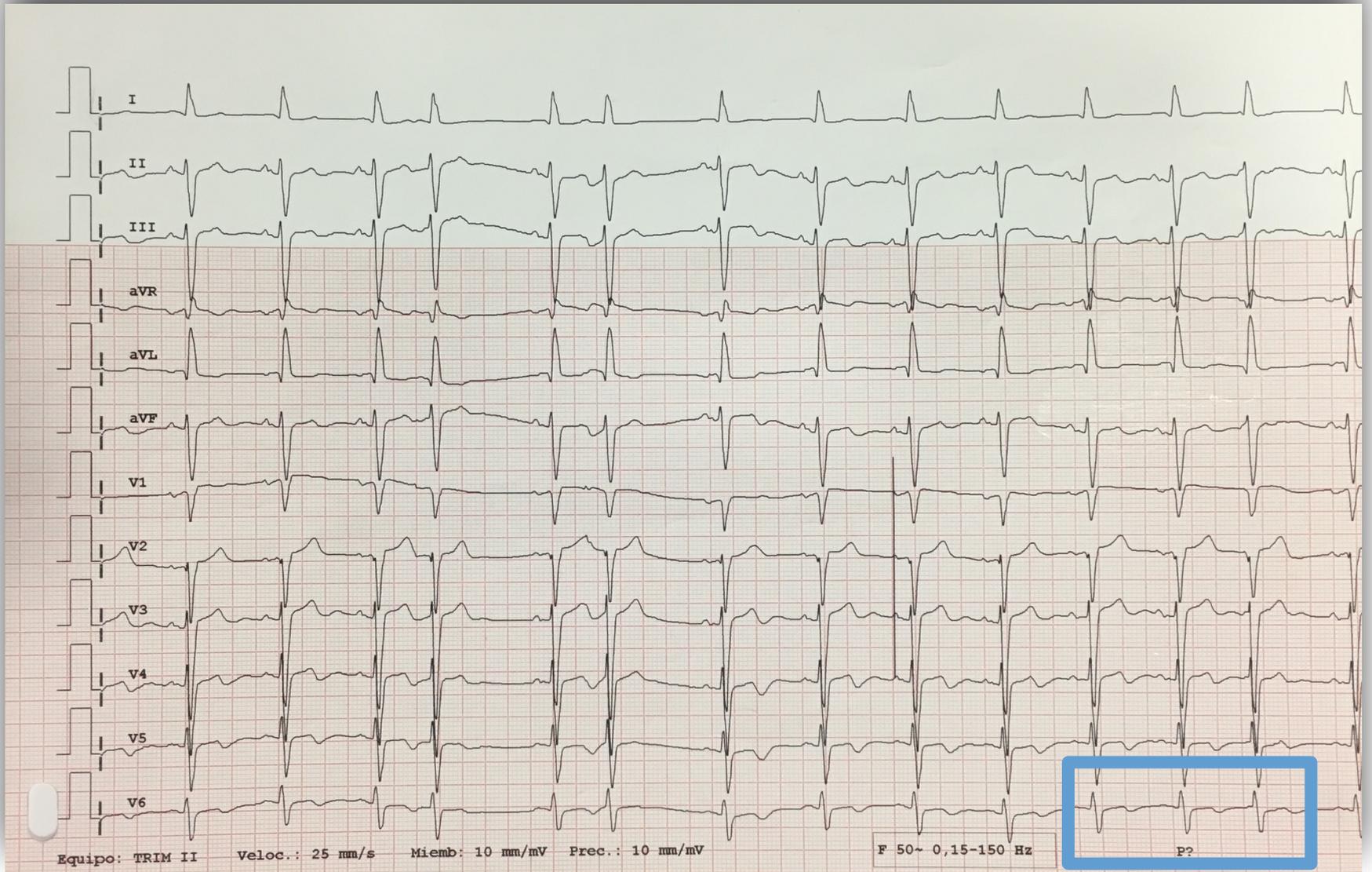
Caso clínico: Fiebre y dolor torácico

Varón de 87 a con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo

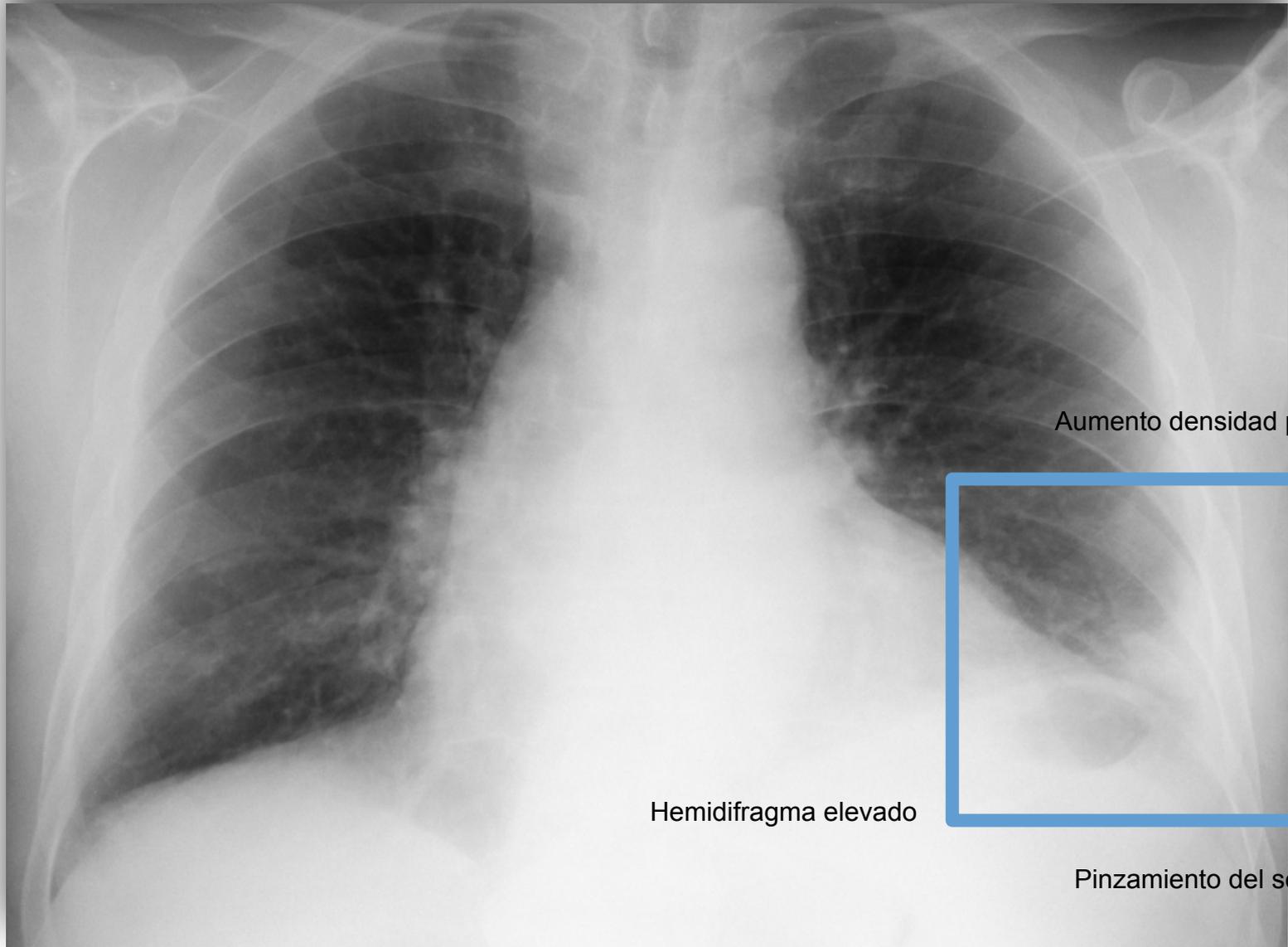


Cuadro brusco de fiebre y dolor pleurítico izq con crepitantes en ese lado.

Leucocitosis leve con FG de 56, PCR 227 e hipoxemia con leve hipocapnia.



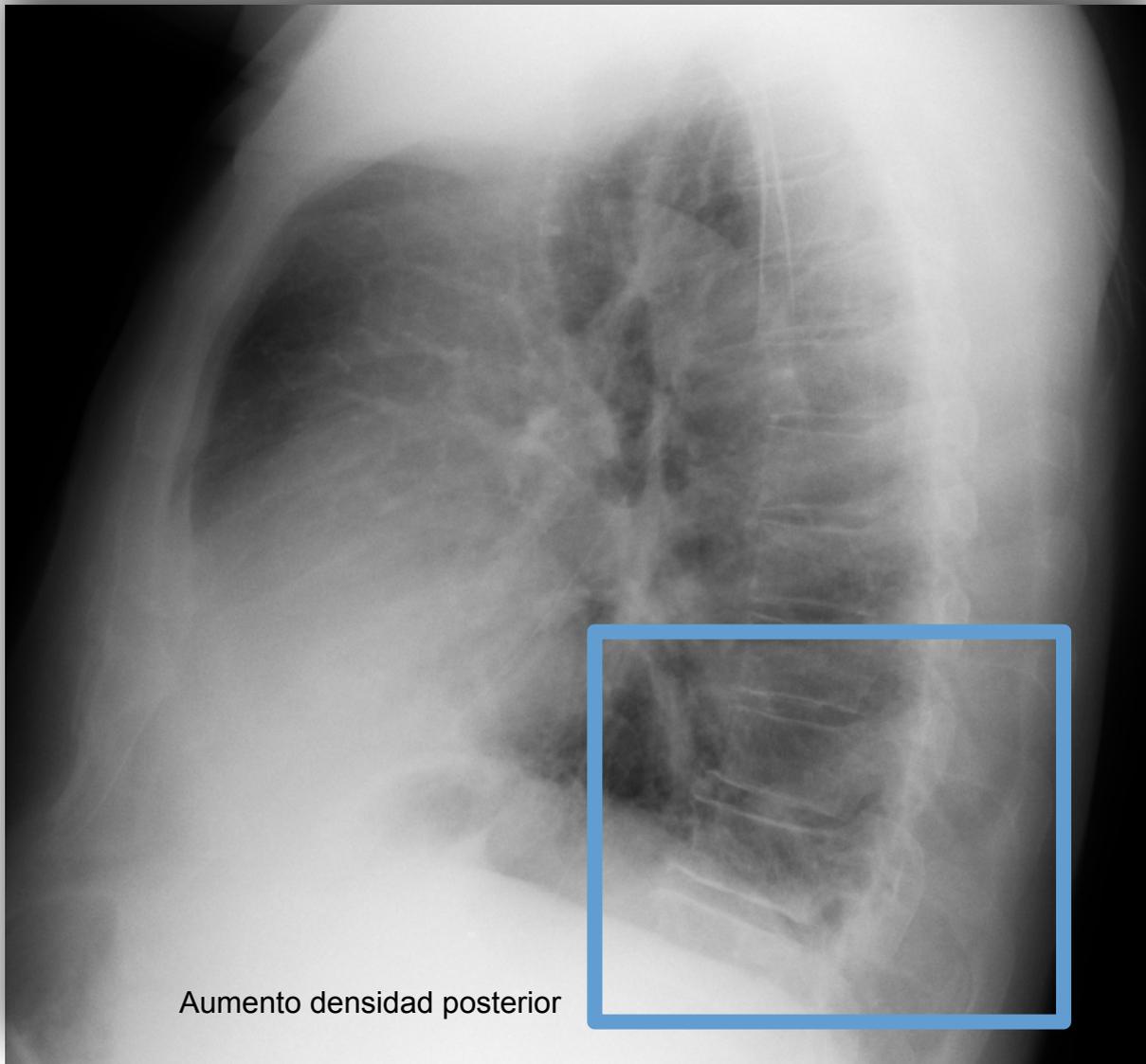
“S” profunda en V6



Aumento densidad periférico

Hemidifragma elevado

Pinzamiento del seno CD



Aumento densidad posterior

¿Podría ser otra cosa?

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Insuficiencia cardíaca
Neumonía
Infarto cardiaco
Pericarditis
EPOC agudizado
Neumotórax
Dolor osteomuscular

“Los gases pueden ser normales hasta en 18%”

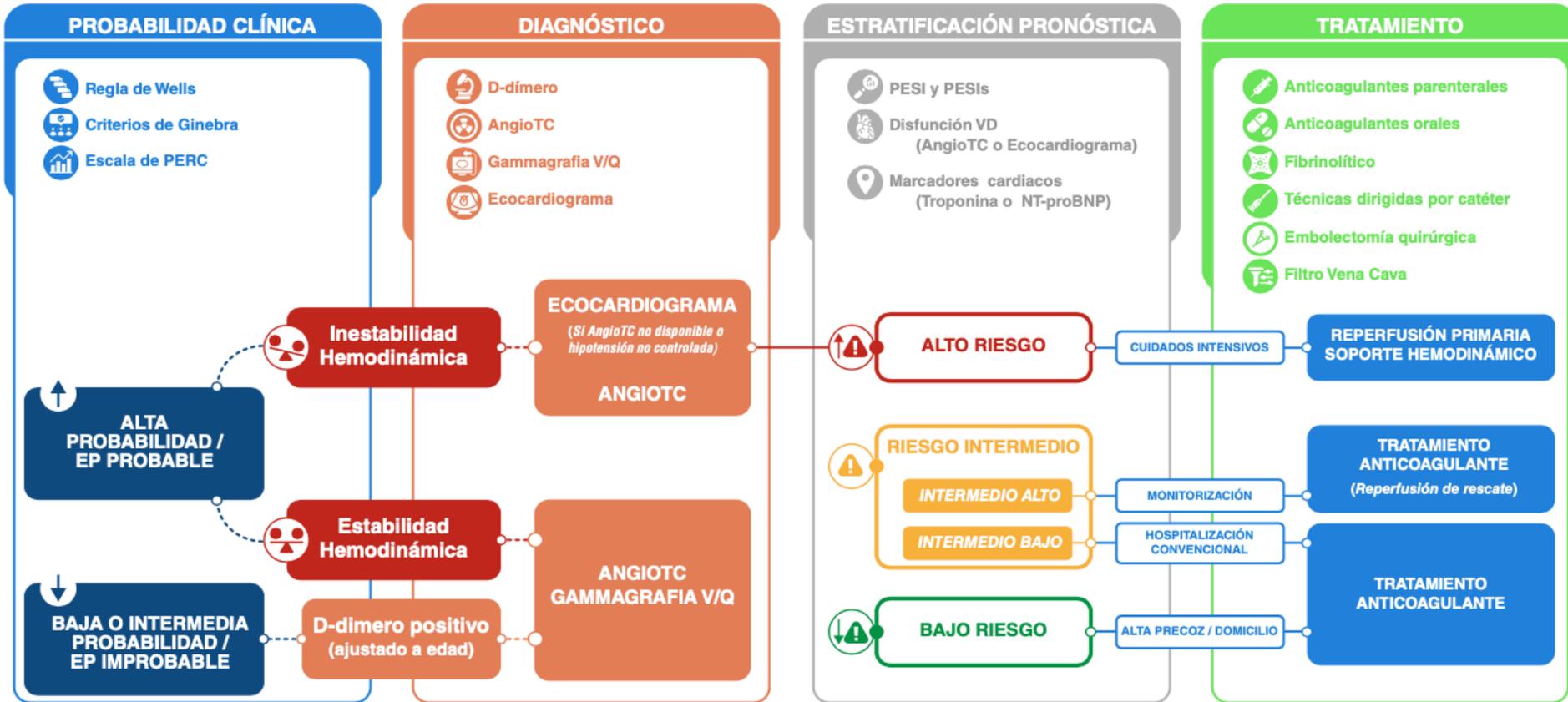
“Fiebre en el 3%”

¿Tromboembolismo pulmonar?

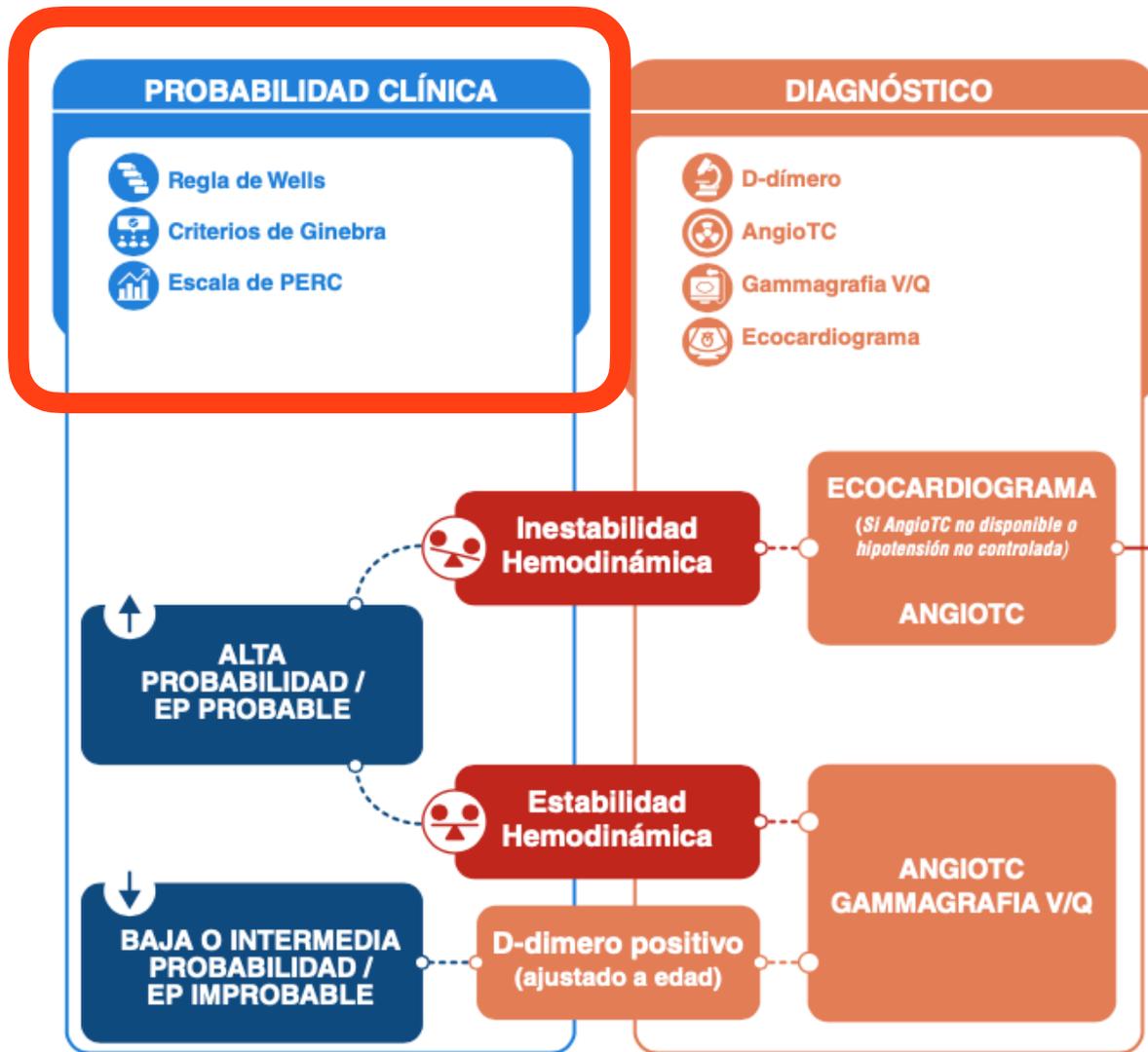
“10% infarto pulmonar”

“Alt. típicas en ECG en <10%”

Estrategia de DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN EMBOLIA PULMONAR



EP: Embolia Pulmonar; Escala PERC: Pulmonary Embolism Rule out Criteria; AngioTC: angiografía computarizada; Gammagrafía V/Q: gammagrafía de ventilación-perfusión; PESI: Pulmonary Embolism Severity Index; PESIs: escala PESI simplificada; VD: ventrículo derecho; NT pro-BNP: Fracción aminoterminal del péptido natriurético cerebral



PROBABILIDAD CLÍNICA

-  Regla de Wells
-  Criterios de Ginebra
-  Escala de PERC

Valido si prevalencia baja (<15%; Urgencias)

Escala de Wells simplificada (puntuación)	Criterios de Ginebra revisados (puntuación)	Criterios PERC (puntuación)
TEP o TVP previa (1)	TEP o TVP previa (1)	Edad <50 años (1)
Frecuencia cardiaca ≥ 100 lpm (1)	Frecuencia cardiaca 75-94 lpm (1)	Frecuencia cardiaca < 100lpm (1)
Cirugía o inmovilización en las cuatro semanas previas (1)	Frecuencia cardiaca > 94lpm (2)	Saturación basal de O ₂ >94% (1)
Hemoptisis (1)	Cirugía o fractura en el mes anterior (1)	No aumento de perímetro de miembro inferior (1)
Cáncer activo (1)	Hemoptisis (1)	No hemoptisis (1)
Signos clínicos de TVP (1)	Cáncer activo (1)	No cirugía ni traumatismo reciente (1)
Diagnóstico alternativo menos probable que TEP (1)	Dolor en miembro inferior (1)	No antecedente de TVP ni TEP (1)
	Dolor a la palpación en miembro inferior y edema (1)	No tratamiento con estrógenos (1)
	Edad > 65 años (1)	
Probabilidad clínica		
TEP improbable 0-1	TEP improbable 0-2	TEP improbable 0
TEP probable ≥ 2	TEP probable ≥ 3	TEP probable ≥ 1

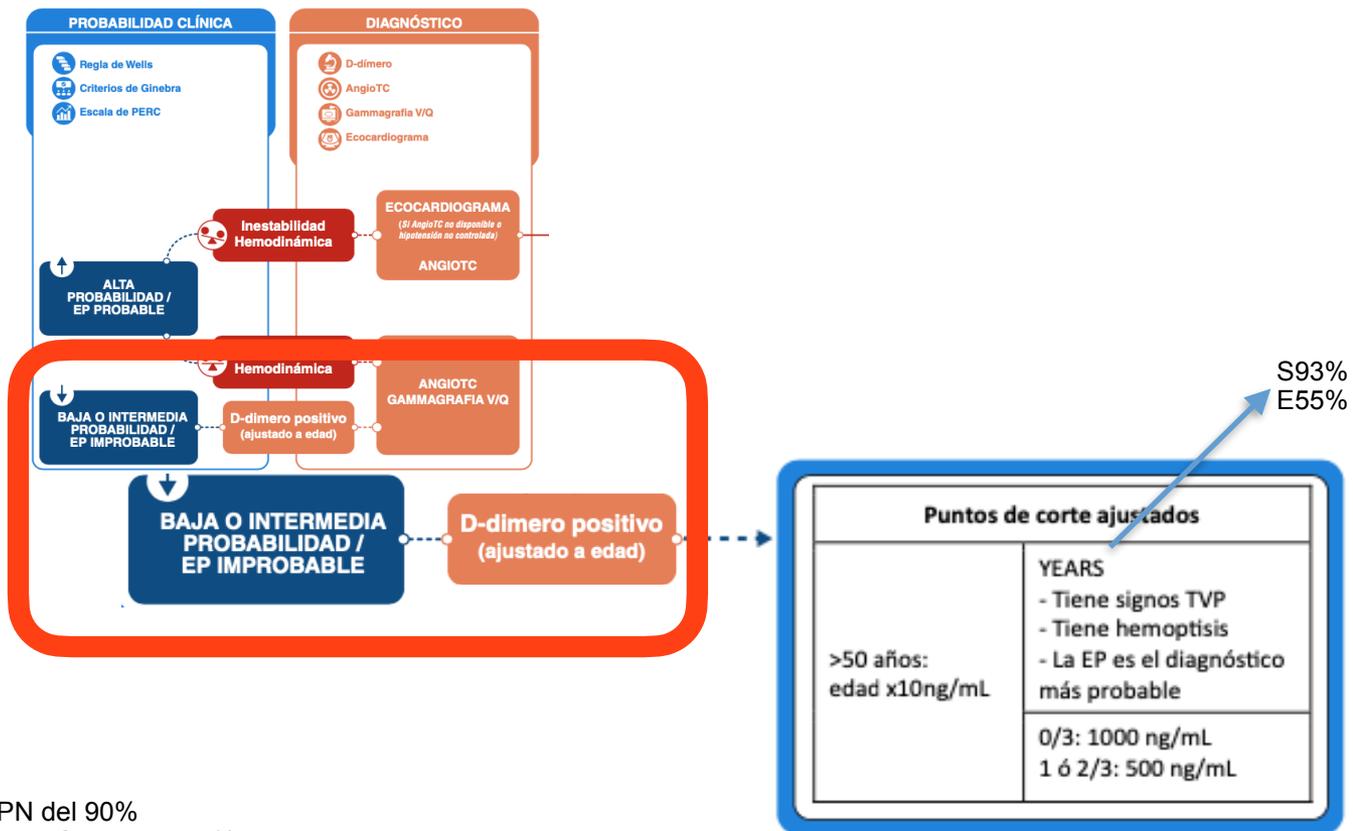
Puntuación

0-1

2

1

Probabilidad: improbable



VPN del 90%
Especificidad 40-60%

Dímero D

2263

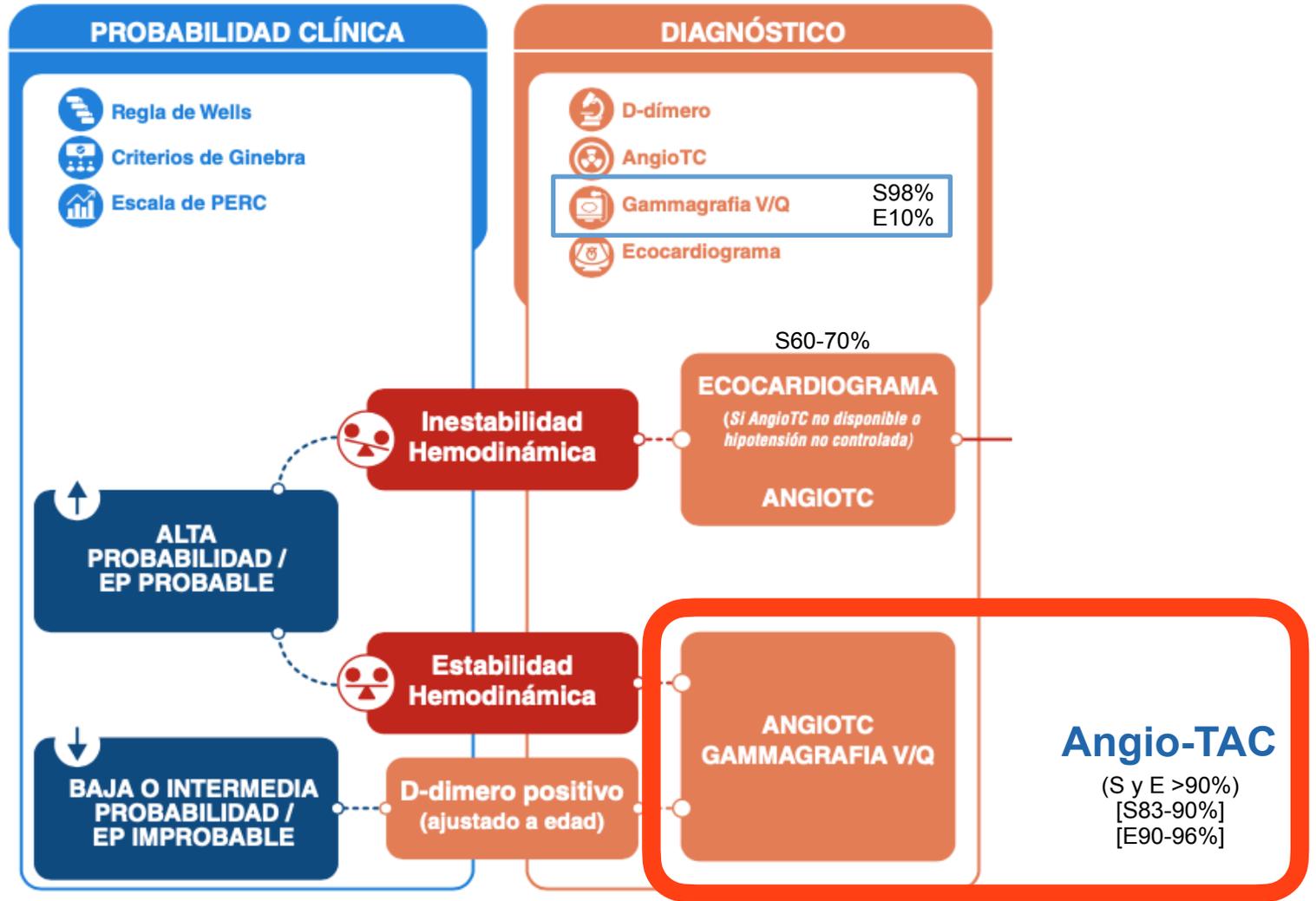
ng/mL

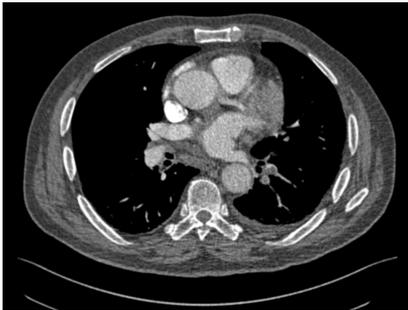
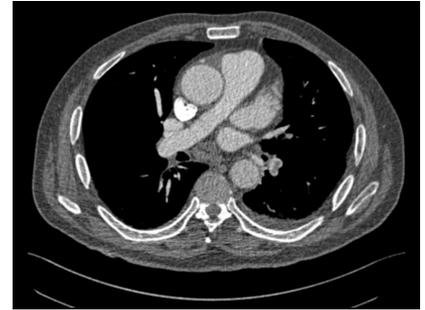
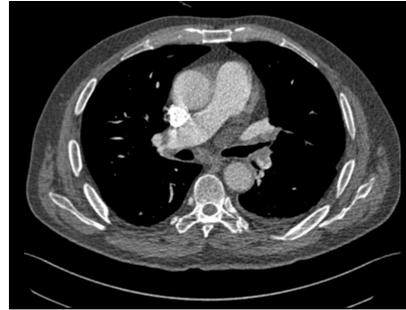
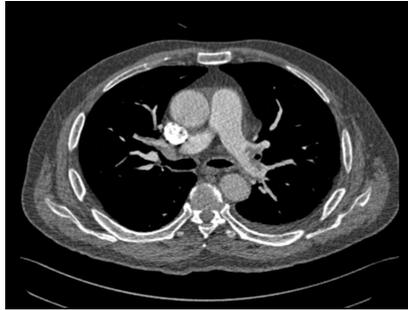
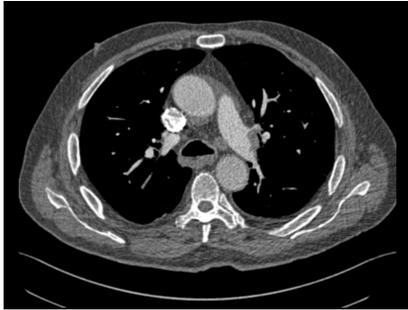
0 - 500

Punto de corte ajustado a edad
870 ng/ml

S93%
E55%







TC de tórax tras administración de contraste yodado iv dirigido a la valoración de las arterias pulmonares.

Hallazgos:

Defectos de repleción intraluminales en la arteria pulmonar principal izquierda, que se extienden a las arterias lobar superior e inferior, la arteria de la llingula, así como ramas segmentarias/subsegmentarias anteriores y apicales del LSI, llingula inferior, la pirámide basal del LII, ramas segmentarias/subsegmentarias posteriores, anteriores y laterales del LII, sugestivo todo ello de TEP agudo.

Aumento densidad en vidrio deslustrado en llingula inferior y en segmento posterior/lateral del LII en probable relación con infarto hemorrágico.

Elevación del hemidiafragma izquierdo.

Leve derrame pleural izquierdo con atelectasia pasiva del pulmón subyacente .

El tronco de la arteria pulmonar se encuentra mínimamente dilatado (3,1 cm), a valorar la posibilidad de hipertensión pulmonar.

No se observa rectificación del tabique interventricular ni reflujo de contraste.

Aorta torácica y corazón de tamaño normales. Incipiente ateromatosis coronaria.

No derrame pericárdico.

Ganglios subcentimétricos paratraqueales altos derechos y paratraqueales bajos izquierdos, inespecíficos.

Bandas parenquimatosas lineales en llingula inferior y base pulmonar derecha en relación con atelectasias/tractos cicatriciales.

No se observan lesiones pulmonares sospechosas.

Resto del estudio sin hallazgos reseñables.

Conclusión:

TEP agudo central y periférico izquierdo sin datos de sobrecarga cardíaca.

Leve derrame pleural izquierdo. Elevación del hemidiafragma izquierdo.

Dudosos signos de hipertensión pulmonar.





PESI

Arrastre hacia abajo para cargar un paciente.

Edad **87 a**

Género **Hombre** **Mujer**

Cáncer (previo o activo)

Insuficiencia Cardíaca

Enfermedad Pulmonar Crónica

Frecuencia Cardíaca ≥ 110 lpm

Presión Arterial Sistólica < 100 mmHg

Frecuencia Respiratoria ≥ 30 /min

Temperatura < 36 °C

Estado Mental Alterado

SaO₂ < 90 %

Score 97

Clase III (Riesgo Intermedio)

Clase III o superior se consideran a mayor riesgo de resultados adversos.

PESI Simplificado

Arrastre hacia abajo para cargar un paciente.

Edad > 80 años

Cáncer (antecedente o activo)

Enfermedad crónica pulmonar o Enfermedad Cardíaca

Frecuencia cardíaca ≥ 110 lpm

Presión asistólica < 100 mmHg

SaO₂ < 90 %

Score 1

Alto Riesgo

8,9% riesgo de muerte

TEP agudo central y periférico izquierdo sin datos de sobrecarga cardíaca.

Troponina y proBNP: no se determinaron.

TRATAMIENTO EMBOLIA PULMONAR



Clasificación de gravedad



¿Contraindicación para la fibrinólisis sistémica?

¿Contraindicación absoluta para la anticoagulación?

Filtro de vena cava inferior

Ninguna

Relativa

Absoluta

**FIBRINOLISIS SISTÉMICA
DOSIS COMPLETA**

**TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DIRIGIDO POR CATÉTER
(trombectomía percutánea, fibrinólisis local o ambas)
FIBRINOLISIS SISTÉMICA DOSIS REDUCIDAS**

**TROMBECTOMÍA PERCUTÁNEA
EMBOLECTOMÍA QUIRÚRGICA**

Contraindicaciones para la fibrinólisis sistémica

Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de ictus hemorrágico o ictus de origen desconocido - Ictus isquémico (6 meses anteriores) - Neoplasia sistema nervioso central - Traumatismo importante, cirugía o traumatismo craneal (3 semanas anteriores) - Diátesis hemorrágicas - Hemorragia activa 	<ul style="list-style-type: none"> - AIT (6 meses anteriores) - Anticoagulación oral - Embarazo o primera semana del puerperio - Zonas de punción no compresibles - RCP traumática - Hipertensión refractoria (TAS > 180mmHg) - Enfermedad hepática avanzada - Endocarditis infecciosa - Úlcera péptica activa

Contraindicaciones para la anticoagulación

Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas (valorar riesgo/beneficio)
<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia intracranial reciente (2-4 semanas). - Trauma craneoencefálico grave (< 2 semanas). - Neurocirugía (sistema nervioso central, medular u ocular) en las últimas 2-4 semanas. - Necesidad urgente de cirugía/procedimiento con alto riesgo de sangrado. - Punción lumbar o procedimiento epidural o espinal en las últimas 6h. - Trombocitopenia severa (<20.000/mm3). - Diátesis hemorrágica grave. - Sangrado gastrointestinal reciente (<2 semanas). - Hipertensión arterial severa no controlada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sangrado recurrente por lesiones estructurales. - Tumores intracraniales o espinales. - Aneurisma aórtico grande, con hipertensión grave concurrente. - Disección aórtica estable. - Cirugía de alto riesgo de sangrado o evento hemorrágico reciente (<2 semanas). - Trombocitopenia 20.000-50.000/mm3. - Coagulopatía.





Inicio



Shorts



Suscripciones



Tú



GT Tromboembólica SEMI

@GTTromboembolicaSEMI · 110 suscriptores · 3 vídeos

Canal de YouTube del grupo de trabajo de Enfermedad Tromboembólica de la Sociedad Es... >

twitter.com/GT_Trombo y 1 enlace más

Suscrito ▾

Inicio

Vídeos

Comunidad



Vídeos

▶ Reproducir todo



Manejo perioperatorio y periprocedimiento del...

165 visualizaciones · hace 9 días



Tratamiento de la embolia pulmonar, Dra. Ángeles...

258 visualizaciones
· hace 2 semanas



Tromboprofilaxis en el paciente médico...

450 visualizaciones · hace 1 mes



ME HE DECIDIDO; VOY A PEDIR
UNA NONAGESIMO CUARTA
OPINION

AL FIN

