



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/87 - TEP EN ATENCION PRIMARIA

L. Benavente Gajate¹, E. Sáez Rodríguez², A. Jiménez Meléndez³, M. Rodríguez Benito⁴, F. Ruiz Simón⁵, L. Luzano Chillón²

¹Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud, ²Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora, ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora, ⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora, ⁵Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Virgen de la Concha, Anestesiología. Zamora,

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 21 años sin antecedentes de interés, sin alergias conocidas y como único tratamiento que realiza en el momento actual es la toma de anticonceptivos orales, acude por la mañana a su médico de atención primaria, con clínica de dolor abdominal difuso con mayor intensidad en hemiabdomen derecho y vómitos de varias horas de evolución, al valorar éste los signos de irritación peritoneal, ya que presenta Blumberg positivo, se decide derivar al centro de Urgencias hospitalaria para valoración y pruebas complementarias. En dicho centro se realiza analítica donde se descarta embarazo, y los niveles de infección como PCR (proteína C reactiva) (5,6 mg/L), leucocitos totales (10.880) se encuentran en cifras dentro de la normalidad, salvo la fórmula leucocitaria que indica ligera desviación a la izquierda con neutrófilos (78,4%) y linfocitos (16,5%). Por lo que teniendo estas cifras tan anodinas se decide realizar la ecografía abdominal para descartar posible apendicitis, en la cual el radiólogo indica como conclusión: colelitiasis sin signos de colecistitis, visualización parcial del apéndice, sin signos compatibles con apendicitis por lo que hay que correlacionar clínica y analíticamente. Por lo que una vez valorada por cirugía se repite analítica a las 4 horas donde ya se observan signos de infección, como PCR: 9,6 mg/L, leucocitos: 1.519 con neutrófilos: 87,5, linfocitos: 7,8%. Finalmente ingresa en el servicio de Cirugía para intervención quirúrgica. Doce días más tarde, nuestra paciente acude de nuevo su médico de Atención Primaria por presentar febrícula (37,5°C), dolor en hemiabdomen derecho desde hacía 24 horas, acompañado de dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas, por lo que se decide de nuevo derivar al centro de Urgencias Hospitalarias para descartar posible infección y posible TEP. En la analítica realizada, como datos reseñables, presenta de nuevo leucocitosis (11.770), PCR (91,8), procalcitonina: 0,05 y dímero D: 1.310. En las pruebas complementarias, las radiografías de tórax eran normales, la ecografía abdominal, no se observaba líquido libre, colecciones o abscesos. En el angioTAC: imagen congruente con sospecha clínica y con hallazgos relativos a TEP (tromboembolismo pulmonar) agudo con defecto de repleción central y relativamente proximal desde la zona terminal de arteria pulmonar principal derecha con implicación segmentaria y subsegmentaria de LM (lóbulo medio) y fundamentalmente toda la pirámide basal con zona de infarto pulmonar. Por lo que es ingresada en el servicio de Neumología, en tratamiento con sintrom. Tras una semana es dada de alta, y al día siguiente acude de nuevo a su MAP (médico de Atención Primaria), por presentar fiebre de 38 °C y disnea en reposo, tras esta clínica y con alteración en la

auscultación pulmonar con hipofoneses en base pulmonar derecha se deriva de nuevo a urgencias, donde es ingresada por fiebre y atelectasia.

Exploración y pruebas complementarias: Analíticas. Rx tórax. Ecografía abdominal. AngioTAC.

Juicio clínico: Apendicitis. TEP. Infarto pulmonar.

Diagnóstico diferencial: TEP, neumotórax espontáneo, SCA, taponamiento cardiaco, disfunción ventricular.

Comentario final: La tromboembolia pulmonar (TEP) es una enfermedad cardiovascular importante. Con difícil diagnóstico debido a los múltiples síntomas acompañantes por lo que hay que realizar una buena anamnesis valorando factores de riesgo como son la toma de anticonceptivos orales, cirugía en los últimos 3 meses, fibrilación auricular (en los 3 meses previos), fracturas óseas, traumatismos importantes, trombosis venosa previa, junto con pruebas complementaria cómo es analíticamente el dímero D, con un alto valor predictivo negativo, en angioTAC, con alta sensibilidad y especificidad, o pruebas secundarias como es la gammagrafía de ventilación/perfusión(V/Q), ecocardiografía, o ecografía de extremidades inferiores. Todo ello nos ayuda a valorar pronóstico según escalas, entre ella la más validada y usada en guías clínicas, es la escala Pulmonary Embolism Severity Index (PESI). El tratamiento indicado es Heparina de bajo peso molecular (HBPM) o fodaparinas. Si presenta inestabilidad hemodinámica se podrá plantear la realización de fibrinólisis, valorando siempre posibles contraindicaciones.

Bibliografía

Manual 37. Manejo basado en la estratificación pronóstica en la tromboembolia pulmonar | separ [Internet]. [citado 31 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.separ.es/?q=node/40>

Tromboembolismo pulmonar [Internet]. [citado 31 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es-pdf-S0300289610700442>