



242/4941 - ¡DOCTOR, ME DUELE MUCHO EL PECHO!

E. Sánchez Fernández^a y J. Ranchal Soto^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga. ^bMédico de Familia. UGC Leganitos. Marbella. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 44 años de edad, sin alergias medicamentosas con antecedentes de apendicectomía, meniscectomía derecha. No tratamientos crónicos. Intervenido de hernia discal lumbar 20 días antes, siendo alta a los 3 días sin realizar reposo absoluto previo. Acude a su médico de Familia por dolor en hemitórax izquierdo de 2 días de evolución de características mecánico-pleuríticas, sin catarro previo ni disnea y afebril. Estando en la consulta, el dolor se intensifica, en región submamaria izquierda sin irradiación, sin cortejo vegetativo y con malestar general, por lo que se deriva al Servicio de Urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo. Consciente y colaborador. Cardiopulmonar normal. Dolor a la palpación a nivel del 7º-8º arco costal anterior izquierdo, sin crepitación, deformidad ni lesiones dérmicas. Sin edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda. Resto de exploración sin hallazgos. Analítica normal incluido marcadores cardíacos. Radiografía de tórax sin alteraciones significativas. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 119 latidos por minuto, T negativa en III, Bloqueo incompleto de rama derecha. Se pautó analgesia y ante la persistencia del dolor y los antecedentes de cirugía reciente, se solicita coagulación con dímero D pasando a área de observación. Ante los resultados de dímero D alto (4,44) se solicita angioTAC con resultado de trombos múltiples en arteria lobar superior derecha, arteria del lóbulo intermedio, arterias segmentarias posteriores con pequeño infarto en lóbulo inferior derecho. Se pauta heparina de bajo peso molecular a dosis terapéutica y tras estabilización clínica se ingresa en planta de Medicina Interna. Tras buena evolución se deriva al alta con tratamiento anticoagulante oral según pauta por Hematología y cita en consulta externa de Medicina Interna para revisión.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar agudo posquirúrgico.

Diagnóstico diferencial: Osteocondritis. Pleurodinia. Neumotórax. Pericarditis.

Comentario final: Ante un paciente con dolor torácico intervenido recientemente, habría que pensar en el tromboembolismo pulmonar como posible diagnóstico, sobre todo si no ha recibido tratamiento profiláctico con heparina.

Bibliografía

1. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de Actuación en Urgencias, 4ª ed. Coruña: Ofelmaga, 2012.

Palabras clave: Embolismo pulmonar. Dolor torácico. Cirugía.