



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3800 - EN BUSCA DE LA JOROBA DE HAMPTON

J. Santos Plaza<sup>a</sup>, E. Hernández Pérez<sup>b</sup>, M. Jaime Azuara<sup>c</sup>, Á. Arévalo Pardo<sup>c</sup>, P. del Brío Ibáñez<sup>d</sup> y A. López Tarazaga<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. <sup>e</sup>Médico Adjunto Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 56 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales: trombosis venosa profunda de EID hace 3 años y portador del factor V Leiden heterocigótico. Hábitos tóxicos: exfumador desde hace más de 20 años. Se trata de un paciente que acude a nuestra consulta con un sensación de disnea de aparición brusca tras realizar un estiramiento. Previamente había estado en tratamiento con Amoxicilina/Clavulánico por una bronquitis hace 3 semanas. El paciente refiere tos con expectoración marrón y dolor torácico de características pleuríticas los días previos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Sistólica: 105 mmHg. Diastólica: 74 mmhg. FC: 131/min FR: 28/min SatO<sub>2</sub>: 94% T<sup>a</sup>: 34,7 °C. Consciente, orientado, colaborador, disneico en reposo, normocoloreado, normohidratado y normoperfundido. Auscultación cardíaca: ruidos rítmicos, sin soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, disminuido en base derecha. Sin ingurgitación yugular ni edema en miembros inferiores. Sin signos de TVP en miembros inferiores. Rx tórax: joroba de Hampton, sin signos de condensación e ICT normal. Analítica: hemograma: leucocitos 13,9, neutrófilos 8,2, hemoglobina 15,3, plaquetas 243; bioquímica: proteína C reactiva 64, troponina I 0,05; coagulación: dímero D 5696; Gasometría arterial basal sin alteraciones. TACAR: signos de tromboembolismo pulmonar masivo con afectación de ambas ramas pulmonares principales y lobares de manera bilateral.

**Juicio clínico:** Tromboembolismo pulmonar.

**Diagnóstico diferencial:** Neumotórax, neumonía, vasculitis, infarto agudo de miocardio, disección aórtica aguda, miocarditis aguda, taponamiento cardiaco, exacerbación asma o EPOC, edema agudo de pulmón.

**Comentario final:** La continuidad asistencial y el conocimiento de nuestros pacientes en atención primaria hace que seamos capaces de ir más allá a pesar de una sintomatología inespecífica. Es muy importante conocer las indicaciones de las diferentes pruebas diagnósticas para poder aplicarlas adecuadamente y llegar al diagnóstico con la mayor brevedad posible.

## **Bibliografía**

1. Aguilar Rodríguez F, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid; 2012.
2. Resi Urgencias. Manual de manejo y tratamiento de pacientes con patologías médicas agudas y urgentes.
3. Worsley DF, Alavi A, Aronchick JM, Chen JT, Greenspan RH, Ravin CE. Chest radiographic findings in patients with acute pulmonary embolism: observations from the PIOPED Study. Radiology. 1993;189(1):133-6.
4. Nugent K, Moll J. The Hampton hump in acute pulmonary embolism. J Emerg Med. 2014;46(6):828-9.

**Palabras clave:** Joroba de Hampton. Tromboembolismo pulmonar. Disnea.