



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/981 - LA "TEP-RRIBLE" ENFERMEDAD QUE DE 10 MÉDICOS SE BURLÓ

E. Rodríguez Guerrero^a, F. Alarcón Porras^b, L. Rojas Feixas^c, V. Trigós Domínguez^d, M. Ocaña Rodríguez^e y L. Delgado Fernández^e

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rute. Córdoba. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra. Córdoba. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 27 años, con SOP tratado con etinilestradiol/clormadinona. Acude a consulta de AP por disnea y fiebre. Es derivada al servicio de urgencias, con hallazgo de leucocitosis serológica y urinaria y Rx tórax normal. Se le trata como ITU. Días después consulta por persistencia de disnea y fiebre, se le trata de infección respiratoria con amoxicilina. Posteriormente, vuelve por empeoramiento de la disnea, fiebre y tos seca, se le trata como bronquitis aguda. A los pocos días, acude a urgencias porque persiste la disnea y la tos seca, persiste taquicardia sinusal, SatO₂ 98%, leucocitosis discreta con neutrofilia. Se le trata como bronquitis aguda. Trece días después acude a urgencias, por disnea, fiebre, esputos hemoptoicos, dolor tipo pleurítico, SatO₂ 92%, T^a 39 °C. Escala Wells: 2,5 (riesgo moderado).

Exploración y pruebas complementarias: Presenta tonos rítmicos sin soplos, MVC con roncus espiratorios dispersos. MMII normales. ECG: taquicardia sinusal a 150 lpm. GSA: pH 7,5, pO₂ 62 mmHg, pCO₂ 32 mmHg, HCO₃⁻ 27 mmol/L. Leucocitosis 14.500 sin neutrofilia. PCR normal, D-dímero 6,08 µg/mL. Rx tórax PA: patrón algodonoso, parcheado derecho y pinzamiento costofrénico derecho. Se considera realizar angio-TC pulmonar, pero por decisión consensuada se ingresa en Neumología por neumonía derecha. El TC torácico mostró infiltrados infecciosos-inflamatorios. Tras 11 días sin mejoría, se realiza ecocardio, objetivándose imagen trombótica en aurícula derecha, realizándose un angio-TC pulmonar.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar masivo.

Diagnóstico diferencial: Neumonía adquirida en la comunidad, tuberculosis, tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: El TEP es la causa más importante de mortalidad, morbilidad y hospitalización en Europa, donde el 59% de las muertes fueron un TEP no diagnosticado. Sus signos clínicos más frecuentes son: disnea (50%), dolor torácico pleurítico (39%), signos de TVP (24%), tos (23%), dolor torácico subesternal (15%), fiebre (10%), hemoptisis (8%), síncope (6%) y dolor pierna unilateral (6%). Esta paciente cumplía datos clínicos, con riesgo moderado y D-dímero positivo, por lo que un

diagnóstico alternativo de neumonía, no debió excluir la sospecha inicial de este gran simulador como es el TEP y que finalmente fue.

Bibliografía

1. Cohen AT, et al. Venous thromboembolism (VTE) in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Disnea. Hemoptisis.