



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

283/18 - SERÁ GRIPE, ¿VERDAD DOCTOR?

E. Sánchez Fernández^a, T. Parra Alonso^b, J. Martínez Solano^c, A. Martínez Sánchez^d, M. Cano Torrente^b y L. Muñoz Olmo^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur La Viña. Murcia. ^bMédico Residente. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 70 años, que consulta en Servicio de Urgencias refiriendo tos con expectoración blanquecina escasa desde hace 3 días, presentando en las últimas 48 horas sensación distérmica no termometrada, acompañada de malestar general, con poliartalgias y cefalea. Refiere además dolor costal derecho de 48 horas de evolución, empeorando con la inspiración profunda, la tos y el movimiento y mejorando parcialmente en reposo. Niega disnea. Antecedentes médicos: alérgica a AINES, ácido acetil salicílico y pirazolonas. No presenta factores de riesgo cardiovascular. Antecedentes quirúrgicos: Discectomía cervical C5-C6 en 2014. Fractura pertrocantérea fémur izquierdo (julio 2016). Tratamiento: pantoprazol 40 mg 1-0-0, gabapentina 300 mg 1-1-1

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona. Normocoloreada y normohidratada. Eupneica en reposo a 20 respiraciones por minuto. T^a 38,1 °C. PA 135/85 mmHg. Pulso 90 lpm. Saturación O₂ aire ambiente 96%. No aumento de presión venosa yugular. Auscultación cardíaca: rítmico, sin soplos audibles. Auscultación pulmonar: buen murmullo vesicular, sin sobreagregados ni zonas de hipofonesis. MMII: No edemas. No signos de insuficiencia venosa crónica. Pulsos femorales y pedios presentes y simétricos. Rx tórax PA: cardiomegalia. Refuerzo vascular pulmonar central. Senos costofrénicos no pinzados. EKG: ritmo sinusal 90 lpm. PR < 0,2 seg. QRS estrecho. Imagen S1Q3T3. No desnivelaciones del segmento ST. Analítica: creatinina 0,71 mg/dL; PCR 111,5 mg/L; INR 1,06; dímero D 1.492 ng/mL; Hb 14,3 g/dL. Leucocitos 14,30. Neutrófilos 10,9, monocitos 1,4. Gasometría arterial: pH 7,44. pCO₂ 34 mmHg. pO₂ 64 mmHg. Sat O₂ 95%. Angio-TAC torácico: Imagen de defecto de llenado que ocupa parcialmente la rama principal derecha de la arteria pulmonar y se extiende hacia rama de lóbulo superior derecho. En principal izquierda defecto de llenado que se extiende parcialmente hacia ramas de lóbulo inferior izquierdo y llingula.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis, síndrome coronario agudo, taponamiento cardíaco, pleuritis, neumonía, neumotórax, insuficiencia cardíaca congestiva.

Comentario final: Es importante una correcta anamnesis del paciente ya que lo que en un principio parecía una infección respiratoria de vías bajas, escondía un tromboembolismo pulmonar bilateral.

Bibliografía

1. Goldhaber SZ. Pulmonary embolism. *Lancet*. 2004;363:1295-305.
2. Guía de práctica clínica de la ESC 2014 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la embolia pulmonar aguda. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68(1):64.