



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/243 - SÍNDROME FEBRIL POSVACACIONAL

M. Chacón González<sup>a</sup>, M. López Rico<sup>b</sup>, C. Sevillano Esquivel<sup>c</sup>, J. Soto Olivera<sup>d</sup>, A. Moreno Moreno<sup>e</sup> y M. Pineda Pérez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz.

<sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz.

<sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz.

<sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de San Roque. Badajoz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 75 años, diabética y dislipémica que consulta por fiebre de 38,5 °C de 48 horas de evolución y dolor lumbar tras viaje hace dos días en autobús de vuelta de vacaciones. Un episodio de vómitos con sudoración aislado. No semiología cardíaca ni respiratoria. No transgresión dietética.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 37,1 °C, saturación O<sub>2</sub> 92-93%. Ligera taquipnea. Bien hidratada y perfundida. Exploración sistemática por aparatos y sistemas ACP, abdomen y MMII normal. Exploración neurológica normal, excepto Lasègue positivo del lado derecho con Bragard negativo. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, QRS estrecho con T negativa en III no conocida. Hemograma y bioquímica previa: anemia ferropénica sin otros hallazgos.

**Juicio clínico:** TEP de arteria subsegmentaria derecha.

**Diagnóstico diferencial:** Infección respiratoria atípica, GEA, tromboembolismo pulmonar.

**Comentario final:** Dada las alteraciones ECG y la saturación de la paciente se deriva a urgencias realizándosele analítica con anemia, leve leucocitosis de 13.000 mil/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 10,2%), dímero D 4.236 ng/ml; GAB: pH 7,37/37/70/23,5/93%; Rx tórax normal y TC tórax con defecto de repleción en ramas subsegmentarias de la arteria lobar superior derecha. se inicia tratamiento con HBPM y eco doppler de MMII normal con buena respuesta y alta asintomática. Aunque la TVP es el origen más frecuente del TEP, hay que tener en cuenta otros factores como son los viajes prolongados > 6-8h o edad avanzada. lo mismo ocurre con la clínica, los signos y síntomas son sensibles pero poco específicos, siendo el más frecuente la disnea súbita, sin embargo, la fiebre llega a aparecer en el 7% de los casos. su tratamiento de elección es la anticoagulación con HBPM.

## Bibliografía

1. Uresandi F, Monreal M, García Bragado F. Consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2013;49:534-47.  
1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.