



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1560 - LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

M. Martín Mesa^a, B. Alemán Santana^b, R. García Luque^c, M. Varela Sanjurjo^d y S. López Martín^e

^aMédico de Familia. Centro de Salud San Isidro-Granadilla. Santa Cruz de Tenerife. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Guigou. Santa Cruz de Tenerife. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guigou. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 41 años, con clínica de dolor en hipocondrio derecho de 1 mes de evolución con múltiples visitas a urgencias por este motivo, que posteriormente comienza con dolor en hipocondrio izquierdo, fiebre y sensación de disnea. Valorada de nuevo en el servicio de urgencias donde se le realiza ecografía abdominal, que descarta patología hepatobiliar o pancreática, sin líquido libre abdominal, pero con presencia de derrame pleural izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, dolor abdominal en hipocondrio derecho con Murphy +, constantes normales, sobrepeso grado II. Hemograma con leucocitosis y neutrofilia, Bioquímica con transaminasas normales, LDH, FA y PCR algo elevadas. Rx Abdomen: distensión de asas abdominales y presencia de infiltrado basal derecho con posible derrame asociado. Ecografía abdominal (sospecha de colecistitis): no LOES hepáticas, vesícula no habitada, páncreas parcialmente visualizado, estudio nefrourológico sin hallazgos. Pequeño derrame pleural izquierdo. Rx tórax-abdomen (por empeoramiento dolor abdominal) mayor distensión de asas abdominales y presencia de derrame pleural bilateral. TAC tórax-abdomen-pelvis: derrame pleural bilateral con consolidaciones alveolares y componente atelectásico asociado, defectos de repleción en ramas lobares, segmentarias y subsegmentarias de ambos pulmones en relación con tromboembolismo pulmonar. Defectos de repleción en vena iliaca común e iliaca interna derechas en relación a trombosis de las mismas.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral.

Diagnóstico diferencial: Colelitiasis, colecistitis, pancreatitis, íleo paralítico, neumonía.

Comentario final: El tromboembolismo pulmonar es una entidad de difícil diagnóstico por la variabilidad clínica en sus manifestaciones, pudiendo simular otras patologías que dificultan y retrasan su diagnóstico. En este caso, si hubiera sido posible realizar una ecografía abdominal al inicio del cuadro, se habría descartado la principal sospecha diagnóstica quizás no se habría retrasado tanto el diagnóstico de una entidad tan grave como es el TEP.

Bibliografía

1. Consenso de enfermedad tromboembólica aguda. Rev Argent Cardiol. 2016;84:74-91.
2. Tromboembolismo Pulmonar. Curso de urgencias para médicos de atención primaria. SEMERGEN, módulo 2, tema 16.
3. Balóira Villar A, Ruíz Iturriaga LA. Tromboembolismo pulmonar. Arch Bronconeumol. 2010;46(Supl 7):31-7.
4. Consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2013;49(12):534-47.
5. Diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo pulmonar. Rev Med Clin Condes. 2015; 26(3) 338-43.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Dolor hipocondrio. Ecografía.