



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3800 - EN BUSCA DE LA JOROBA DE HAMPTON

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

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Valladolid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Valladolid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^eMédico 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 SatO₂: 94% T^a: 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.