



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3551 - ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO "PLEUROMECÁNICO"

P. Fernández Crespo<sup>a</sup>, I. Ochoa Chamorro<sup>b</sup>, I. Alba Gago<sup>c</sup> y R. Cervigón Portaencasa<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Madrid.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Madrid.

<sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Marazuela. Madrid.

<sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 36 años. No AP de interés. Acude a su Centro de Salud por dolor costal derecho de 3 semanas de evolución que aumenta con la inspiración, se reproduce a la palpación y con los movimientos. Niega traumatismo previo. Refiere sobreesfuerzo en el gimnasio. Asocia febrícula desde el inicio del cuadro y aislada expectoración hemoptoica. No disnea. No otra sintomatología. ECG sin alteraciones y se deriva a Urgencias para completar estudio de dolor torácico, febrícula y esputos hemoptoicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 36,5 °C; TA 161/81 mmHg; FC: 60 lpm; SatO<sub>2</sub> 97% basal. Eupneico. Buen estado general. Dolor a punta de dedo que se reproduce a la palpación en últimos arcos costales derechos. Resto normal. ECG: ritmo sinusal a 48 lpm. Eje normal. No datos de isquemia aguda. Análisis de sangre: Troponina negativa. Elevación de PCR 36,7, leucocitos 14,29, neutrófilos 8,66. Dímero D 4,41 (0,1-0,5). Resto normal. Rx tórax: dudoso infiltrado en hemitórax derecho y posible atelectasia basal derecha.

**Orientación diagnóstica:** A priori impresiona de presentar un dolor torácico de características mecánicas que él mismo relaciona con un sobreesfuerzo en el gimnasio. Sin embargo, la presencia de febrícula y la hemoptisis obligan a buscar otras causas de dolor torácico de características mecánicas y pleuríticas. Ante la clínica compatible, la elevación del dímero D y los hallazgos en la Rx tórax, se solicitó angioTAC de arterias pulmonares. Juicio clínico: TEP bilateral. Consolidados triangulares en lóbulo medio, LID y LII en relación con áreas de infarto pulmonar.

**Diagnóstico diferencial:** Infeccioso: neumonía, tuberculosis. Neumológico: exacerbación de enfermedad subyacente, neumotórax. Reumatológico: vasculitis pulmonar.

**Comentario final:** Una vez establecido el diagnóstico se monitorizó al paciente. Ecocardiograma descartó sobrecarga de cavidades derechas y se inició anticoagulación con enoxaparina 60 mg/12h. Se solicitó ingreso a Medicina Interna para estudio etiológico de enfermedad tromboembólica. El TEP presenta un amplio espectro de presentación clínica. El dolor torácico puede manifestarse de tres formas: pleurítico (más característico), mecánico e isquémico. Para llegar al diagnóstico es fundamental la sospecha clínica. Por ello, se debe incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial del paciente con dolor torácico.

## **Bibliografía**

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

**Palabras clave:** Febrícula. Hemoptisis. Infarto pulmonar.