

## Fiebre prolongada y tromboembolismo pulmonar

**Sr. Director:** El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad de elevada mortalidad, cuyo diagnóstico requiere un alto grado de sospecha clínica<sup>1-4</sup>.

Se presenta el caso de un varón de 47 años. Entre sus antecedentes destaca ser fumador de 20 cigarros/día, bebedor de 20 g de alcohol/día y haber sufrido una rectorragia hacia dos meses (en estudio en el Servicio de Digestivo por sospecha de colitis ulcerosa). Profesión: conductor de autobús.

El paciente consultó por fiebre de 38,5° C de predominio vespertino y astenia desde hacía dos semanas. La anamnesis era negativa en cuanto a sintomatología respiratoria, abdominal, neurológica y urológica. No refería viajes ni la ingesta de alimentos sospechosos de vehiculizar agentes infecciosos. La exploración era anodina. La radiografía de tórax y la analítica general estaban dentro de la normalidad, salvo velocidad de sedimentación globular de 60.

Pasada la tercera semana, persistía la fiebre y se añadió dificultad respiratoria y dolor pleurítico en hemitórax derecho y región precordial. Fue valorado en el Servicio de Urgencias hospitalarias, presentando un aceptable estado general; tensión arterial 120/60 mmHg; frecuencia cardíaca: 84 latidos por minuto; auscultación cardíaca: tonos rítmicos y ausencia de soplos; auscultación respiratoria: conservación del murmullo vesicular en ambos campos. La palpación del hemitórax derecho era dolorosa. También presentaba dolor al presionar la masa gemelar izquierda, sin signos de trombosis venosa profunda. El hemograma y la bioquímica eran normales. El electrocardiograma mostraba un ritmo sinusal a 80 latidos por minuto, sin signos de isquemia ni de crecimiento de cavidades. La radiografía de tórax evidenciaba ocupación del ángulo costofrénico derecho sin consolidación parenquimatosa.

Se realizó un eco-doppler de la pierna izquierda que mostró una imagen de trombosis en la zona más distal de vena tibial posterior. La tomografía axial computarizada torácica evidenciaba un defecto de repleción en rama segmentaria antero-lateral de lóbulo inferior izquierdo con aumento de calibre.

Con el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar se inició tratamiento con heparina y posteriormente con acenocumarol, desapareciendo progresivamente la fiebre y el dolor torácico.

Se trata de un caso de tromboembolismo pulmonar en un paciente cuyos factores de riesgo podían considerarse el sedentarismo y una posible enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa) que cursa con hipercoagulabilidad<sup>5-7</sup>. Llama la atención tener una presentación como fiebre prolongada (más de tres semanas) como único signo inicial, aunque posteriormente fueron añadiéndose los demás, lo que hizo que se sospechara esta entidad.

L. ALONSO GARCÍA Y C. LÓPEZ GUIJARRO  
Centro de Salud Juan de la Cierva. Getafe. Madrid. España.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Conthe P, Lobos Bejarano JM, Alonso A. Tromboembolismo pulmonar. FMC. 1998;5:89.
2. Goldhaber S. Tromboembolia pulmonar. En: Harrison, editor. Principios de Medicina Interna. 16.<sup>a</sup> ed. México D.F.: Ed Mc Graw Hill; 2006.
3. Lee RW. Pulmonary embolism. Chest Surg Clin N Am. 2002;12: 417-37.
4. Becattini C, Agnelli G. Acute pulmonary embolism: risk stratification in emergency department. Intern Emerg Med. 2007;2:119-29.
5. Kearon C. Diagnosis of pulmonary embolism. CMAJ. 2003;168: 183-94.
6. Quera R, Shanahan F. Thromboembolism—an important manifestation of inflammatory bowel disease. Am J Gastroenterol. 2004;99: 1971-3.
7. Srirajaskanthan R, Wintwe M, Muller A. Venous thrombosis in inflammatory bowel disease. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2005;17: 697-700.