Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1911

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2240 - TEP ¿ATREVERÍAS A DARLE EL ALTA?

P. Otero Aguilar[a], J. Bermúdez Guerrero[a] y P. Encina Encina[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mercedes Navarro. Sevilla. [b]Médico de familia. Centro de Salud Mercedes Navarro. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 27 años, diagnosticado de síndrome de Budd Chiari, actualmente con impotencia a la movilización de miembros inferiores, desplazándose en silla de ruedas. Acude a consulta por disnea, fiebre y expectoración, siendo diagnosticado de neumonía. A los siete días por empeoramiento de la clínica fue a urgencias donde le recomendaron continuar con antibioterapia. Ya de nuevo en consulta lo notamos excesivamente decaído, y al interrogar a su acompañante refiere observarlo con excesiva somnolencia, motivo por el cual no proporcionamos alta y continuamos estudio.

Exploración y pruebas complementarias: TA (90/50). SatO2 88% aumentando con oxigenoterapia al 96%. AR con hipoventilación pulmón derecho. AC taquicardia a 120 lpm. Se solicita radiografía con infiltrado intersticial bilateral y derivamos a Urgencias. Analítica: D-dímero 9643, PCR 165,9. Resto normal. ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm con sI-TIII. Angio-TAC: defecto de repleción en arteria pulmonar derecha y distribución difusa en las arterias segmentarias y subsegmentarias bilaterales. Compatible con sospecha clínica de TEP. Eco-doppler: TVP suboclusiva en miembros inferiores, y TVS en safenas externas.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Neumonía bilateral, insuficiencia respiratoria, TEP.

Comentario final: La cautela del médico de familia ha hecho virar la situación del paciente de un alta por curación o mejoría a un diagnóstico de TEP. La dificultad de este caso viene dada en lo inespecífico de la clínica para dar un correcto diagnóstico inicial. Consideramos fundamental en atención primaria que el médico de familia tenga especial constancia a la hora de atender pacientes con factores de riesgo especialmente relevantes, como ocurre en este caso con la inmovilidad del paciente y su predisposición a patología tromboembólica.

Bibliografía

1. Guía de práctica clínica de la sociedad europea de cardiología de 2014 de tromboembolismo pulmonar.
2. Lloveras Clos MM, Corominas Alunes C, Servent Batlle C, Rodríguez Jerez F. ¿Neumonía o trombolismo pulmonar? A propósito de un caso. FMC. 2007;14(2):83-6.

Palabras clave: Inmovilización. TEP. Neumonía.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.