



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 264/147 - NO TODO LO QUE PARECE NEUMONÍA LO ES

M. García Martín<sup>a</sup>, P. Labrac Aranda<sup>a</sup>, L. Vázquez Bandera<sup>b</sup>, F. Garrido Martínez<sup>c</sup>, M. Hipólito Egea<sup>d</sup> y E. Ballesteros Muñoz<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 49 años, fumador de 1 paquete/día, sin otros antecedentes médicos de relevancia que acude a centro de Salud por dolor en miembro inferior izquierdo sin traumatismo ni sobreesfuerzo previo. No refiere haber realizado viajes recientemente, ni ha sufrido intervenciones quirúrgicas pero comenta que los días previos había estado en reposo por inflamación de rodilla izquierda. Estuvo 10 días antes en Urgencias por dolor costal izquierdo de características pleuríticas que se acompañaban de disnea, expectoración hemoptoica y febrícula de hasta 37,9 °C y que tras diagnóstico radiológico se había filiado como infección respiratoria no condensante y se había tratado con varias pautas antibióticas; la primera con levofloxacino y una segunda con Augmentine y claritromicina sin mejoría clínica. Se le realiza ecografía no reglada de miembro inferior y se halla un aumento del calibre de vena femoral superficial a poplítea por lo que administra heparina subcutánea y se deriva a Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente. Eupneico en reposo. Saturación basal 98%. Talla 185. Peso 100 kg. Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado, crepitantes finos en base derecha. Auscultación cardiaca rítmica y sin soplos. Miembro inferior izquierdo: aumento del diámetro y de la temperatura local respecto al miembro contralateral, empastamiento hasta rodilla. Pulsos pedios difíciles de palpar pero presentes. Signo de Homans positivo. Analítica sanguínea: hemoglobina 13,3, leucocitos 16.700, plaquetas 369.000, actividad protrombina 63,6%, INR 1,27, dímero D 37.273, urea 36, creatinina 1,05, iones sin alteraciones, PCR 241, procalcitonina 0,08. Ecografía de miembro inferior izquierdo: sistema venoso profundo del MII, desde la vena femoral superficial hasta la poplítea se observa un aumento de calibre con material ecogénico en su interior no colapsable sugestivo de trombosis venosa. Angio TAC: tronco de la pulmonar ligeramente dilatado y defecto de repleción acabalgado en ambas pulmonares principales compatibles con TEP. Múltiples defectos de repleción en arterias más distales: lobares y segmentarias del campo pulmonar derecho, en arterias segmentarias y subsegmentarias del LII y LID. Pequeño derrame pleural derecho con mínima cantidad de líquido en la cisura mayor. Ecocardiograma: ventrículo derecho de dimensiones en el límite alto de la normalidad con movilidad aparentemente conservada. Insuficiencia tricuspídea mínima. Ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico con buena contractibilidad global y segmentaria. No derrame pericárdico.

**Juicio clínico:** Tromboembolismo pulmonar masivo. Trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad tromboembólica venosa-neumonía adquirida en la Comunidad.

**Comentario final:** La trombosis venosa profunda es una patología de fácil diagnóstico en atención primaria mediante los antecedentes, el examen físico y la ecografía doppler y la rentabilidad que supone el diagnóstico precoz es muy elevado teniendo en cuenta tanto las graves complicaciones que se producen de ella (es la causa más frecuente de tromboembolismo pulmonar) como la posibilidad de detectar con tiempo la amplia cantidad de patologías, como la neoplásica, que pueden desencadenarla.

## Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7<sup>a</sup> ed. Madrid: MSD; 2012.
2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> edición. México: McGraw-Hill; 2012.