Semergen. 2019;45(Espec Congr 17):26

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

469/33 - ¿TROMBOEMBOLISMO PULMONAR O NEUMONÍA?

A. Carbó Jordà[1], E. Robles Martín[1], N. Cubelos Fernández[1], E. Álvarez Baza[2], S. Fernández Cordero[2], N. Fernández Valverde[3], L. Fernández de Dios[4], M. Martínez de Luis[3]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León.[2]Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León.[3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado II. León. [4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Palomera. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años, fumador de 45 paquetes-año y antecedentes de cardiopatía isquémica y dislipemia. En tratamiento con AAS y atorvastatina. Consultó por disnea y dolor pleurítico en costado derecho de 5 días de evolución, acompañados de tos, expectoración hemoptoica y escalofríos. Fiebre en domicilio de 38,1 ºC. El día anterior al inicio de la clínica llegó a su casa tras viaje de más de 8 horas en avión, en el que permaneció en su asiento casi todo el tiempo, sin apenas deambular.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 148/76. FC: 96 lpm. FR: 12 rpm. Temperatura: 37 ºC. SpO2: 91%. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos, MVC con crepitantes en base derecha. Sin signos de trombosis venosa profunda. ECG: sin alteraciones. Rx tórax: condensación en LID. Escala de Wells para tromboembolismo pulmonar (TEP): riesgo intermedio. Se derivó al Servicio de Urgencias Hospitalarias para realizar pruebas complementarias. Hemograma: 11.400 leucocitos/?L. Bioquímica: PCR 228 mg/L. Coagulación: dímero D 1.618 ng/mL. Angio-TC: TEP agudo periférico derecho con infarto pulmonar hemorrágico, leve derrame pleural, atelectasia del pulmón adyacente y elevación del hemidiafragma derecho.

Juicio clínico: TEP con infarto pulmonar, probablemente sobreinfectado. Se ingresó y se pautó bemiparina 7.500 UI/24h. y tratamiento empírico con levofloxacino 500 mg/24h. Tras 4 días se dio el alta y se terminó el tratamiento de forma ambulatoria, con buena evolución.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, ICC, IAM, neumotórax espontáneo, pericarditis.

Comentario final: En el diagnóstico del TEP ninguna prueba aislada tiene la suficiente sensibilidad y especificidad. La sospecha clínica junto con el dímero D y las pruebas de imagen se deben combinar siguiendo los algoritmos. Las escalas como la de Wells o la de Ginebra nos permiten evaluar el grado de sospecha. En este caso, la clínica y el antecedente del viaje en avión nos orientaban hacia un TEP, sin poder descartar una neumonía. Ante un grado de sospecha intermedia en la escala de Wells, se solicitó el dímero D. Siendo este positivo, se realizó entonces el angio-TC que nos llevó al diagnóstico final. Hasta un 30% de los TEP cursan con infarto pulmonar, mientras que solo un 7% con infarto pulmonar sobreinfectado.

Bibliografía

Sierra-Umaña SF, et al. Infarto pulmonar infectado. Rev Case Rep. 2016;3(1).

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.