



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



160/1801 - Fiebre, tos, dolor torácico e infiltrado pulmonar, no siempre es neumonía

M.M. Bautista García-Vera, A. García Elez, M. González Sánchez, N. Bellet Lafarga, I. Blasco Gallardo y M.E. Rojo Subiñas

Médico de Familia. Centro de Salud Abrantes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 29 años, con antecedentes de anemia diseritropoyética congénita, esplenectomizada a los 9 años, tratamiento con Acol y antecedentes de neumonía hacía 4 meses, acude a urgencias hospitalarias por disnea, tos sin expectoración, febrícula y dolor costal izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración inicial es anodina. En analítica tiene 15.500 leucocitos, PCR 17,7 y en Rx pinzamiento del seno costofrénico derecho. Se inicia tratamiento antibiótico con amox/clavulánico. Ante la persistencia de la fiebre y el dolor torácico acude a Centro de Salud, desde donde se la deriva a urgencias por presentar RX patológica con infiltrado en base izquierda, tratándose con levofloxacino durante 10 días con buena evolución clínica (afebril en 48 horas). Acude nuevamente al Centro de Salud por reaparición de fiebre, disnea de esfuerzos y aumento del dolor pleurítico. En analítica destaca leucocitosis de 26.700 con desviación izquierda, anemia de 8,8 g/dl de Hb y PCR de 9,34. Dímeros D 600. Rx derrame pleural bilateral y consolidación parenquimatosa basal izquierda. Dada la mala evolución como cuadro neumónico de origen infeccioso y valorando otras posibilidades se realiza angioTAC mostrando un defecto de repleción en arteria lobar inferior izquierda en relación con TEP agudo.

Juicio clínico: Dolor torácico e infiltrado en LII sin respuesta a tratamiento antibiótico en paciente esplenectomizada, con síndrome febril y derrame pleural en el contexto de infarto pulmonar.

Diagnóstico diferencial: La fiebre, muy característica de los procesos infecciosos aparece acompañando al TEP en más del 50% de los pacientes, aunque usualmente es de bajo grado, raramente mayor de 38,3º, siendo corta en duración. La presencia de otros signos de inflamación también es común. Un estudio retrospectivo de 7 años, publicado en la literatura, compara los síntomas iniciales en ambos procesos, concluyendo que la disnea y el dolor torácico son más frecuentes en TEP, mientras que la fiebre, escalofríos y tos dominan los síntomas iniciales en pacientes con neumonía. La historia clínica es el dato fundamental diferenciador y en la analítica los parámetros inflamatorios elevados son comunes en ambos casos.

Comentario final: La fiebre, tos y dolor torácico, son motivos frecuentes de consulta. La presencia de infiltrado en Rx tórax, pilar fundamental del diagnóstico, suele orientar el diagnóstico a un proceso infeccioso, por otra parte el tromboembolismo pulmonar puede ser infradiagnosticado y muchos síntomas son comunes al de neumonía. Presentamos el caso de esta paciente con varias asistencias y sospecha de proceso neumónico infeccioso, con diagnóstico final de infarto pulmonar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stein PD, Afzal A, Henry JW. Fever in acute pulmonary embolism. *Chest*. 2000;117: 39-42.
2. Chirinos JA, Heresi GA, Velasquez H. Elevation of endothelial microparticles, platelets and leukocyte activation in patients with venous thromboembolism. *J Am Coll Cardiol*. 2005;45:1467-71.
3. Söderberg M, Hedström U, Sjunnesson M. Initial symptoms in pulmonary embolism differ from those in pneumonia: a retrospective study during seven years. *Eur J Emerg Med*. 2006;13:22529.
4. Uresandi F, Monreal M, García-Bragado F. En representación del Consenso Nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolia pulmonar. Normativa SEPAR. *Arch Bronconeumol*. 2013;49(12):534-47.