



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1603 - ¿XX, XY, o XXY? ¡TEP!

M. Peiró Camaró Adán^a, P. Matías Soler^b, R. Perales Muñoz^b, M.L. Mateos Sánchez^c, A. Estrada Suela^d, D. Redondo Domínguez^e, C. Clemente Callejo^a, L.M. Matus^c, J.L. Lechuga Martos^b y A. Rafael Moreno^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Espronceda. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Águilas. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 24 años de edad que acude a urgencias por dolor torácico de horas de evolución. Refiere que a las 3 a.m. Comienza con dolor en costado derecho, punzante, que aumenta con inspiración y Valsalva así como con los movimientos y que se irradia hacia hombro derecho. Niega disnea, palpitaciones, tos o expectoración. Niega aumento de perímetro de ningún miembro inferior o inmovilización reciente. Como antecedentes destacan: cromosomopatía Klinefelter (47XXY) en tratamiento hormonal (Reandron: testosterona), fumador de 7-10 cig/día, cirugía de ginecomastia bilateral.

Exploración y pruebas complementarias: ACP normal. MMII sin edemas ni signos de TVP. No se palpan adenopatías. Analítica sangre: Hb 14,8. Leuc 11.400 (N 70%). Pla. 201.000 INR 1,2. PCR. 3,32. Gluc 104. Urea 28. Creat 0,93. FG 114. Na 138. K 4,3. LDH 316. CK 248. Perfil hepatobiliar normal. Ca10.1. D-dímeros 1.215. EKG: ritmo sinusal a 54 lpm. PR normal. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización. Rx tórax: anodina. TAC tórax con contraste yodado intravenoso: se observan defectos de reelección en las ramas arteriales para el LID y alguna rama segmentaria para el LII en relación con TEP bilateral. Una vez diagnosticado se decide inicio inmediato de anticoagulación con rivaroxaban y se decide ampliar el estudio de trombofilia descartando alteración cardíaca con ecocardiografía. Perfil lipídico normal. Hormonas tifoideas en rango. Inmunología C3-C4 negativos.

Juicio clínico: TEP bilateral en paciente joven, fumador y con cariotipo Klinefelter en tratamiento con testosterona.

Diagnóstico diferencial: IAM. Pericarditis. Insuficiencia cardíaca congestiva. Neumotórax. Neumonía. Pleuritis. Taponamiento cardíaco.

Comentario final: Se trata de un paciente joven, fumador, con cariotipo Klinefelter en tratamiento hormonal sustitutivo con testosterona que presenta un TEP bilateral. Se inicia tratamiento con rivaroxaban 15 mg c/12h durante 15 días y luego 20 mg/24h. Por tanto, tras descartar otras posibles causas de trombofilia y tras revisar la literatura se objetiva que en este paciente ambos factores (tratamiento hormonal con testosterona + cromosomopatía XXY) y éstos, agravados por el uso del tabaco, son factores predisponentes para provocar un TEP.

Bibliografía

1. Lalueza Blanco A, García García R, Igarzabal Jorqui A. Enfermedad tromboembólica venosa. En: Carcavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García Sánchez JI, Gracia Lorenzo V, Ibero Esparza C, Lalueza Blanco A, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de Octubre, 6ª ed. Madrid: MSD, 2007:347-63.

Palabras clave: Klinefelter. Tromboembolismo pulmonar. Tratamiento hormonal.