



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4856 - VIAJAR EN TREN PASA FACTURA

S. Crespo González<sup>a</sup>, S. Lisca Pérez<sup>b</sup>, L. Alli Alonso<sup>c</sup>, J. Cepeda Blanco<sup>d</sup>, N. Santos Méndez<sup>e</sup> y M. Carlos González<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. SUAP Camargo. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Laredo. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochochico. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 3ºr año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Cazoña. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 79 años que consulta por cuadro de 48h de dolor en hemicárdia izquierdo de características pleuríticas, febrícula y tos leve con expectoración hemoptoica (pequeña cuantía). No disnea. Como posible desencadenante relata viaje a Madrid en tren hace 3 semanas, en el qué notó foco de aire acondicionado intenso encima de su asiento. Exmarinero. Exfumador. HTA, hipercolesterolemia e hiperuricemia con episodios previos de artritis. Insuficiencia renal leve (FG en torno a 55, creatinina 1,3).

**Exploración y pruebas complementarias:** Eupneico. Afebril. AC = rítmica, sin soplos. AP = crepitantes en base izda. No signos hiperreactividad bronquial. Abdomen = anodino. EEII = leve edema pretibial con fóvea en EII y signos de insuficiencia venosa crónica bilateral (paciente refiere que los últimos días nota que "los calcetines se marcan más" y mayor visualización de las venas de MMII), signo Homans negativo. Ante los hallazgos se pide Rx y analítica: Leucocitos  $12,2 \times 10^3/\text{?L}$  (segmentados 77,8%), Hemoglobina 17,1 g/dL, Plaquetas  $198 \times 10^3/\text{?l}$ . Creatinina 1,22 mg/dL, FG 56 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, Na 139 mEq/L, K 4,5 mEq/L, proteína C reactiva 6,1 mg/dL, troponinas 0,01. CEA negativo. Rx tórax: pinzamiento de seno costofrénico izquierdo. Se completa estudio con angioTC torácico: defecto de repleción en la arteria LSD, arteria LII y alguna segmentaria en relación a tromboembolismo pulmonar agudo asociando infarto pulmonar en LII con mínimo derrame pleural. Doppler EEII: trombo de aspecto crónico parcialmente recanalizado en femoral común izquierda, trombo oclusivo completo aspecto crónico en safena menor. En la EID trombosis en v. femoral común, cayado de safena mayor, y safena mayor, compatible con TVP derecha de aspecto reciente.

**Juicio clínico:** TEP bilateral. Infarto pulmonar en LII. TVP bilateral.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía atípica, masa pulmonar, tuberculosis.

**Comentario final:** Inicialmente sospechamos neoplasia pulmonar dado sus antecedentes laborales y hábito tabáquico, pero ante la inespecificidad de la Rx y el antecedente del viaje en tren solicitamos un angioTC, descubriendo así la verdadera entidad del cuadro. Se instauró tratamiento con heparina evolucionando favorablemente y se inició estudio de hipercoagulabilidad.

### Bibliografía

1. Piazza G, Goldhaber SZ. Management of Submassive Pulmonary Embolism. *Circulation*. 2010;122:1124-9.
2. Coon WW, Coller FA. Clinicopathologic correlation in thromboembolism. *Surg Gynecol Obstet*. 1959;109:259-69.

**Palabras clave:** Viaje largo en tren. Hemoptisis. TEP.