



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4319 - TEP SILENCIOSO

M. Laynez Gallego<sup>a</sup>, M. Alcaide Zafra<sup>b</sup> y E. González Márquez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 51 años que acude a URG por dolor subcostal derecho que relaciona con los movimientos, empeorando en decúbito supino e inspiración profunda. Tiene BEG encontrándose afebril, sin disnea ni tos. En revisión con su MAP, se encuentra con BEG, aunque continúa el dolor costal derecho. A la auscultación se aprecian crepitantes en base derecha, por lo que se solicita Rx tórax y analítica. La analítica es normal, y la Rx se informa como engrosamiento de las cisuras mayor y menor derechas, una atelectasia laminar en lóbulo medio y 2 focos de aumento de densidad en LID, recomendándose repetir en 15-20 días para descartar proceso inflamatorio/neumónico. Al no tener clínica infecciosa, se espera a una nueva radiografía, donde el radiólogo recomienda hacer TAC debido a que persisten las dos imágenes de aumento de densidad en LID. El TAC se informa como TEP en arteria lobar derecha y sus ramas con presencia de infartos pulmonares en ausencia de clínica infecciosa. Tras estos hallazgos, se vuelve a rehistóriar al paciente descubriendo que tiene lesiones residuales de una fractura antigua en MID que siempre tiene edematizada y con importantes cambios tróficos. Además como antecedentes familiares tiene un hermano diagnosticado de TEP-TEV a los 18 años tras una neumonía, su madre con un IAM, y su padre fallecido por una rotura de aneurisma. Finalmente fue ingresado en el servicio de Medicina Interna donde fue diagnosticado de TEP en arteria lobar derecha con infartos pulmonares asociados, y TVP en MID, poniéndose al alta tratamiento anticoagulante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Auscultación cardiopulmonar, radiografía de tórax, TAC tórax, analítica con hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría, ECG, ecocardiografía, eco-abdominal y eco-doppler en MMII.

**Juicio clínico:** TEP en arteria lobar con infartos pulmonares asociados y TVP en MID.

**Diagnóstico diferencial:** Dolor costal de características mecánicas, derrame pleural, bronquitis pulmonar, neumonía, IAM, TEP.

**Comentario final:** Es importante realizar una anamnesis detallada y en profundidad, además de una exploración muy pormenorizada, debido a que pueden sospecharse patologías graves en personas “asintomáticas”.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.

2. Guía clínica de Tromboembolismo pulmonar. Fisterra.com. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/tromboembolismo-pulmonar/#3336>

**Palabras clave:** Embolismo pulmonar. Anamnesis. Dolor torácico.