Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):934

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2795 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN MUJER JOVEN QUE TOMA ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES

Á. Pérez Jiménez[a], M. Torcal Baz[b], J. Perona Caro[a], M. Gómez Caminero Martín-Peñasco[c] y M. Silot Moriaux[d]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Tomelloso I. Cuidad Real. [b]Médico de Familia. Consultorio de Almedina. Ciudad Real. [c] Médico de Familia. Centro de Salud Tomelloso 1. Ciudad Real. [d]Médico de Familia. Centro de Salud de Socuéllamos. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 18 años, NAMC, no hábitos tóxicos, no antecedentes neumológicos. Anticonceptivos hormonales orales desde hace 1 año. Últimos meses sedentaria por estudios. Acude por dolor costal izquierdo que empeora con tos e inspiración profunda, expectoración hemoptoica leve: Rx tórax, SUH: alta con ATB, ansiolítico y reposo. No volvió a consulta. Semanas después acude por su cuenta a SUH: disnea mínimos esfuerzos, empeoramiento dolor costal, expectoración hemoptoica. Sospecha TEP: angioTAC urgente, ingreso UCI. Alta: sintrom 6 meses, evitar anticonceptivos hormonales orales, revisiones por Neumología.

Exploración y pruebas complementarias: ACP normal. Afebril, SatO2 98%, TA 110/69. No TVP. EKG: solo taquicardia sinusal 110 lpm. Rx tórax: pequeño derrame pleural posterior izquierdo. Analítica: discreta anemia normocítica normocrómica, leucocitosis con neutrofilia, PCR 14 mg/dl. Dímero D 3,94 ?g/ml. Cuando empeora y acude a SUH: disminución MV base izquierda, SatO2 96%, 140 lpm. Rx tórax: derrame pleural bilateral. Dímero D 6,24 ?g/ml (0-0,5). Ante sospecha TEP: angioTAC urgente e ingreso UCI: Estudio genético: no portador de mutación del gen de trombofilia ni del gen causante de resistencia a proteína C activada. Ecocardiograma: cavidades derechas normales. Toracocentesis diagnóstica-evacuadora: exudado predominio PMN. PH 7,43.

Juicio clínico: TEP agudo-subagudo bilateral hemodinámicamente estable, probablemente secundario a anticonceptivos hormonales orales, infartos parenquimatosos pulmonares bilaterales en segmentos posteriores de ambos lóbulos inferiores asociado. Derrame pleural bilateral predominio izquierdo no complicado secundario a previos.

Diagnóstico diferencial: IAM. Neumonía. Pericarditis. Pleuritis. ICC. Taponamiento cardíaco agudo. Neumotórax a tensión. Aneurisma disecante aorta. Simula crisis asmática, difícil si antecedentes de EPOC.

Comentario final: Diagnóstico tardío TEP conlleva aumento morbimortalidad. Puede confundirse: IC, neumonía... Espectro clínico muy amplio (eventos subclínicos a cuadros floridos), según estado ventrículo derecho, grado oclusión vascularización pulmonar y estado previo de microcirculación pulmonar.

Bibliografía

1. Consenso nacional sobre diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de pacientes con tromboembolia pulmonar. Archivos de Bronconeumología. 2013;49(12).

2. Enfoque diagnóstico de tromboembolia pulmonar. Acta médica. 2017;15(1).
3. Tromboembolismo pulmonar en Atención Primaria. AMF. 2016;12(11):654-61.

Palabras clave: Tromboembolismo. Anticonceptivos. Disnea.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.