



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

A. Pérez Jiménez<sup>a</sup>, M. Torcal Baz<sup>b</sup>, J. Perona Caro<sup>a</sup>, M. Gómez Caminero Martín-Peñasco<sup>c</sup> y M. Silot Moriaux<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tomelloso I. Ciudad Real. <sup>b</sup>Médico de Familia. Consultorio de Almedina. Ciudad Real. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tomelloso I. Ciudad Real. <sup>d</sup>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.