

347/2113 - HEMOPTISIS TRAS ESGUINCE DE TOBILLO

L. Muñoz Olmo^a, A. Expósito Mateo^b, H. Lugo Ramos^a y R. García Escalante^c

^aMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Santa María del Puerto. El Puerto de Santa María. Cádiz. ^bMédico de Familia. Hospital Santa María del Puerto. Cádiz. ^cEnfermera. Hospital Universitario de Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 33 años que acude a nuestra consulta por comenzar durante la madrugada con tos y hemoptisis (aporta esputo hemoptoico). Sin antecedentes de interés, excepto obesidad. Fue dado de alta hospitalaria hace 7 días debido a esguince leve tobillo derecho, con retirada de férula posterior hace 24 horas y sin profilaxis antitrombótica.

Exploración y pruebas complementarias: Buen aspecto general. Ligera sensación disneica. SatO2 97%. Normotenso. ACP: MVC sin ruidos añadidos. Tonos taquicárdicos, ritmicos sin soplos. Neurológico sin focalidad. Abdomen anodino. Sin signos de TVP en MMII. EKG: taquicardia sinusal a 110 lpm sin otros hallazgos. Rx tórax: sin condensaciones ni derrames apreciables. ICT no aumentado. Debido a la probabilidad intermedia para TEP según la escala de Wells (4 puntos) y la de Ginebra (7 puntos) se decide derivación hospitalaria para continuar estudio, tras el cual se confirma TEP segmentario en lóbulo pulmonar basal izquierdo.

Orientación diagnóstica: TEP segmentario basal izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, TEP, tuberculosis, EPOC.

Comentario final: El TEP se debe a una obstrucción total o parcial de la circulación arterial pulmonar por un trombo desprendido (émbolo) desde la circulación venosa sistémica, sobre todo ileofemoral. Clínicamente se manifiesta como disnea súbita, dolor torácico, hemoptisis o síncope. Presenta múltiples factores de riesgo, como en nuestro caso, la inmovilización > 3 días y obesidad. Desde AP deberemos sospecharlo ante la presencia de factores de riesgo, clínica compatible y escalas de probabilidad clínica (Wells y Ginebra). En la toma de decisiones en pacientes portadores de férula de yeso por debajo de la rodilla, existen escasos estudios de calidad y con escasa evidencia. Por ello, debemos individualizar la necesidad de tratamiento farmacológico (elección la HBPM) para la prevención de ETEV en cada caso, ayudándonos de escalas validadas como la de Padua. Deberá continuarse mientras no realice deambulación total (Grado recomendación D).

Bibliografía

1. Reina L, Carrasco E. Recomendaciones sobre Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Tromboembólica Venosa en Atención Primaria. Documento de consenso CEFyL y SEMERGEN. 2015.

2. Kearon C, Elie A, Ornelas J, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease. Chest Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2016;149(2):315-52.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Anticoagulación. Hemoptisis.