

347/1581 - TEP EN PACIENTE ONCOLÓGICO

M. Fernández Domínguez^a, V. Becerra Mayor^b e I. Galindo Román^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal La Línea de la Concepción. Cádiz. ^bMédico de Familia. SCCU. Hospital La Línea. Cádiz. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente 60 años que acude a urgencias derivada desde radiología tras encontrar en TAC de control signos de TEP, paciente asintomática y estable hemodinámicamente, saturación 95%. Antecedentes: HTA, asma, carcinoma pulmonar con loes cerebrales. Tratamiento habitual: Seretide, omeprazol, doxazosina, vallaran 160. Intervenciones: tiroides. Durante su estancia presenta fiebre, retirándose vía por posible flebitis, pero inicia roncus bilaterales.

Exploración y pruebas complementarias: COHNP. Eupneica sin tiraje. AUC normal, AUP hiperventilación. Abdomen anodino. MMII sin edemas ni signos de trombosis. Laboratorio: sin alteraciones. TAC tórax: signos de TEP, leve disminución de tamaño de la masa pulmonar en LII. Ecocardiograma: patrón de disfunción diastólica aurícula izquierda y cavidades derechas normales. IM fibroesclerosis valvular aortica con apertura conservada. Derrame pericardio leve.

Orientación diagnóstica: La paciente previamente asintomática presenta durante su ingreso fiebre, inicialmente posible secundaria a flebitis, posteriormente inicia ruidos respiratorios. Ingrada para estudio de imágenes en TAC de control de su enfermedad de base. La primera orientación es un TEP confirmado en angioTAC, frente a hallazgos nuevos de su adenocarcinoma pulmonar.

Diagnóstico diferencial: TEP. Lesiones nuevas del tumor primario pulmonar conocido. Infección respiratoria.

Comentario final: La importancia del caso radica en gran número de TEP asintomáticos en oncológicos, incluso en este caso clínico sin sintomatología alguna, encontrándose la paciente asintomática y estable hemodinámicamente. Tenerlo presente en estos pacientes, a pesar de no presentar clínica relacionada, ya que el TEP se presenta de múltiples formas y presentaciones, pasando desapercibido casi siempre. Destacar, por ello, la importancia de la anamnesis, exploración y datos clínicos, así como los factores de riesgo y antecedentes que en este caso clínico son los que juegan un papel principal.

Bibliografía

1. Muñoz AJ, Font C, Navarro LM, et al. Clinical guide SEoM on venous thromboembolism in cancer patients. Clin Transl oncol. 2014;16(12):1079-90.
2. Di Nisio M, Lee A, Carrier M, et al. diagnosis and treatment of incidental venous thromboembolism in cancer patients. Guidance from the SSC of the iSTH. J Haemost Thromb. 2015;13:880-3.

3. Liebman HA, O'Connell CL. incidental venous thromboembolic events in cancer patients: what we know in 2016. *Thromb Res.* 2016;140 Suppl 1:S18-20.

Palabras clave: Adenocarcinoma pulmón. TEP. Infección respiratoria.