

424/202 - PACIENTE CON DOLOR COSTAL Y DISNEA

M. González Rodríguez¹, Á. Bolaños González¹, M. Montosa Cáceres² y M. Alarcón Hidalgo³

¹Médico de Familia. Zona Básica Sanitaria Archidona. Málaga. ²Dispositivo de Apoyo. Área Sanitaria Norte de Málaga. Málaga. ³Médico de Familia. Centro de Salud La Roda de Andalucía. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 53 años. Varón. Exfumador. DLP en tratamiento con simvastatina. Acude a consulta por dolor en región escapular derecha, de unas 12 horas de evolución, de características mecánicas. No dificultad para respirar en primera consulta. No tos, no expectoración, no fiebre. Un mes antes sufrió traumatismo, con resultado de fractura de colles bilateral. Vida activa. No signos de trombosis en miembros. En primera consulta el único dato en la exploración es crepitantes en base derecha con rx de tórax normal. Se pauta levofloxacino es alta a domicilio. Vuelve a consultar por empeoramiento del dolor, aparece dificultad respiratoria y se realizan nuevas pruebas.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, eupneico, tolera el decúbito, no IY, ACP: tonos rítmicos, sin soplos, mvc con hipoventilación en base derecha. ECG: Ritmo sinusal 62 lpm, eje normal. No alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax: Atelectasia basal derecha. Derrame pleural. Analítica de sangre con 18783 leucocitos (81%N). Plaquetas y coagulación normales. Serie roja normal. Fibrinógeno 476. Glucosa 116. Creatinina 1,1 iones normales. Troponina I normal. PCR 193. TAC de tórax con contraste iv: Derrame pleural derecho con atelectasia e infiltrado alveolar basal homolateral. TEP de la arteria pulmonar intermediaria y descendente derecha. Eco doppler de mmii normal, descarta TVP, no signos de insuficiencia venosa.

Orientación diagnóstica: En un principio exploración física nos orienta a un posible origen infeccioso (crepitantes). Posteriormente con el empeoramiento clínico del paciente y progresivo cambio en la Rx de tórax hay que plantearse otros diagnósticos.

Diagnóstico diferencial: Neumonía basal derecha con derrame pleural y atelectasia. TEP. Otras neumopatías: ¿tuberculosis? Trombofilia.

Comentario final: El paciente evolucionó favorablemente. En último control analítico previo al alta se observa trombocitosis (943.000) no conocida en analíticas previa, que podría ser reactiva a proceso infeccioso/TEP. Tratamiento al alta con Acenocumarol. Este paciente no tenía especial riesgo para TEP (probabilidad baja según protocolo de Wells) y sin embargo el caso nos hace tener que pensar en cuadros menos frecuentes pero que característicamente son causa de disnea.

Bibliografía

1. Sandoval J, Florenzano M. Diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo pulmonar. Rev Med Clin Condes. 2015;26(3):338-43.

Palabras clave: Disnea. Dolor costal. Tromboembolismo pulmonar.