



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/371 - DOLOR TORÁCICO: DEL ANTIBIÓTICO A LA ANTICOAGULACIÓN

V. Aguilar Gama¹, M. Agirre Mangas¹, G. Etxebarria Zubizarreta² y L. Alkorta Etxeberria¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Beraun. San Sebastián. Guipúzcoa.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Andoain. Guipúzcoa.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años, que acude a consulta por síndrome gripeal (malestar general, fiebre de 39 °C y tos productiva) de 2-3 días de evolución. Se explica analgesia y se da incapacidad laboral temporal (ILT). 3-4 días después al persistir la fiebre alta, a pesar de exploración física normal, se realiza Rx de tórax objetivándose dudoso aumento de densidad en base izquierda. Ante la sospecha de neumonía basal izquierda se inicia tratamiento con levofloxacino durante 7 días. Tras una semana de tratamiento mejora la clínica, pero persiste molestia torácica pleurítica y la radiología de tórax de control a los 15 días es similar. Al mes del inicio, comienza con dolor pleurítico más intenso, diferente, valorado en Urgencias, presenta en la auscultación crepitantes en base izquierda y en radiología de tórax se observa infiltrado pulmonar en lóbulo inferior izquierdo compatible con foco neumónico iniciándose antibiótico con amoxicilina y azitromicina. Al mes y medio del inicio del cuadro es valorado en Neumología por persistir dolor pleurítico importante. Presenta Dímero D elevado e ingresa en planta para estudio. El angioTAC torácico confirma un tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral con infarto pulmonar en LII, por lo que se inicia tratamiento anticoagulante. Se realiza estudio de extensión en busca de neoplasia oculta, que resulta negativo. Actualmente pendiente de estudio de trombofilia.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física inicial: 38 °C. Saturación de O₂ 97% TA 118/85 mmHg, FC 95 lpm. Eupneico. Auscultación cardiopulmonar: buena ventilación bilateral. Resto anodino. Se realizaron como pruebas complementarias, una radiografía simple de tórax que mostró dudoso aumento de densidad en base pulmonar izquierda. También se realizó un análisis de sangre que no mostró datos patológicos excepto la del ingreso que mostró dímero D 3.170 ng/ml. El electrocardiograma mostró un ritmo sinusal a 80 lpm, sin alteraciones significativas y el angioTAC mostró un defecto de repleción en división segmentaria de LSD y lingüa compatible con TEP bilateral además de condensación subpleural con derrame asociado en LII en compatible con infarto pulmonar.

Orientación diagnóstica: Inicialmente como cuadro gripeal, que ante la falta de mejoría clínica nos obliga a realizar más pruebas complementarias que orientan hacia TEP.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, TEP, dolor torácico de pared, neoplasia pulmonar.

Comentario final: El TEP es una patología infradiagnosticada por su difícil diagnóstico. La combinación del dolor pleurítico y la disnea suele ser la clínica más frecuente y cuando no hay factores de riesgo asociados (cirugía reciente, encamamiento, neoplasias...) hablamos de TEP idiopático como es lo curioso de este caso.

Bibliografía

1. Olivera Puig A., Maniche Moya A. Tromboembolismo pulmonar en Atención Primaria. AMF. 2016;12(11):654-66.

Palabras clave: Dolor pleurítico. TEP.