



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/243 - SÍNDROME FEBRIL POSVACACIONAL

M. Chacón González^a, M. López Rico^b, C. Sevillano Esquivel^c, J. Soto Olivera^d, A. Moreno Moreno^e y M. Pineda Pérez^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años, diabética y dislipémica que consulta por fiebre de 38,5 °C de 48 horas de evolución y dolor lumbar tras viaje hace dos días en autobús de vuelta de vacaciones. Un episodio de vómitos con sudoración aislado. No semiología cardíaca ni respiratoria. No transgresión dietética.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 37,1 °C, saturación O₂ 92-93%. Ligera taquipnea. Bien hidratada y perfundida. Exploración sistemática por aparatos y sistemas ACP, abdomen y MMII normal. Exploración neurológica normal, excepto Lasègue positivo del lado derecho con Bragard negativo. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, QRS estrecho con T negativa en III no conocida. Hemograma y bioquímica previa: anemia ferropénica sin otros hallazgos.

Juicio clínico: TEP de arteria subsegmentaria derecha.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria atípica, GEA, tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: Dada las alteraciones ECG y la saturación de la paciente se deriva a urgencias realizándosele analítica con anemia, leve leucocitosis de 13.000 mil/mm³ (neutrófilos 10,2%), dímero D 4.236 ng/ml; GAB: pH 7,37/37/70/23,5/93%; Rx tórax normal y TC tórax con defecto de repleción en ramas subsegmentarias de la arteria lobar superior derecha. se inicia tratamiento con HBPM y eco doppler de MMII normal con buena respuesta y alta asintomática. Aunque la TVP es el origen más frecuente del TEP, hay que tener en cuenta otros factores como son los viajes prolongados > 6-8h o edad avanzada. lo mismo ocurre con la clínica, los signos y síntomas son sensibles pero poco específicos, siendo el más frecuente la disnea súbita, sin embargo, la fiebre llega a aparecer en el 7% de los casos. su tratamiento de elección es la anticoagulación con HBPM.

Bibliografía

1. Uresandi F, Monreal M, García Bragado F. Consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolia pulmonar. Arch Broconeumol. 2013;49:534-47.