Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1944

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3304 - ¿DISNEA DURANTE 3 MESES?

P. Pascual Blasco[a], P. Bahillo Cagigal[a], M. Gómez Sánchez[b], L. Torres Pallares[c], R. Quintana[d] y M. Montes Pérez[e]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. Santander. Cantabria. [c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. Santander. Cantabria. [d]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años, ingeniero de profesión, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador. Fue valorado en Neumología por enfisema pulmonar hace 3 años, desde entonces asintomático. No refiere tomar medicación habitual. Acude a nuestra consulta refiriendo sensación de falta de aire de tres meses de evolución, agitación y ritmo cardíaco rápido que se acompaña de mareo, similar al episodio de hace 3 años (enfisema pulmonar previo). Últimamente estos episodios han aumentado de frecuencia, ocurriendo principalmente al subir cuestas y escaleras, y además en uno de los episodios refiere pre síncope con opresión en la cabeza y el pecho que se recuperó descansando. No cortejo vegetativo. Cuenta tos con expectoración muy escasa de aspecto blanquecino. No síndrome general, ni fiebre ni dolor torácico. No semiología de IC. No clínica de TVP lo días previos.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: constantes: SatO2: 97%. FC: 69 lpm. FR: 16 rpm. Tª: 35,7 ºC TA: 120/80. IMC: 30,1. Buen estado general. Auscultación cardiaca: normal. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no crepitantes, ni sibilancias. No se objetivan roncus ni flemas. Abdomen: normal. EEII: no edemas ni signos de TVP. ECG: BRD con 1 extrasistolia auricular. Analítica: normal. Rx tórax 2P: exploración muy poco inspirada, no se objetivan claras condensaciones en parénquima pulmonar. El paciente es derivado a Neumología para descartar TEP donde se realiza: TAC arterias pulmonares: imágenes compatibles con TEP agudo y fundamentalmente crónico. Eco doppler: se confirma la presencia de trombo masivo que se extiende desde la vena femoral izquierda.

Juicio clínico: TEP bilateral.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión pulmonar. Neumonía. Neumotórax. Cardiopatía isquémica aguda. Taquiarritmias secundarias. Pericarditis. Taponamiento cardíaco. Disección aórtica aguda. Distrés respiratorio del adulto.

Comentario final: Se inicia tratamiento con acenocumarol 4 mg, y acudirá próximamente a su centro de salud para primer control. Además se inicia enoxaparina sódica 80 mg hasta que le indiquen en el próximo control. A pesar de que nuestro paciente había tenido episodios previos hace

3 años de similares características en el contexto de enfisema pulmonar, no debemos pasar por alto nuevos diagnósticos.

Bibliografía

1. Konstantinides SV. Acute pulmonary embolism revisited: thromboembolic venous disease. Heart. 2008;94(6):795-802.
2. Uresandi F, Jiménez D. National consensus on the diagnosis, risk stratification and treatment of patients with pulmonary embolism: An update. Arch Bronconeumol. 2016;52(2):61-2.

Palabras clave: Disnea. TEP.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.