Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1969

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4190 - LOS CUADROS CATARRALES A VECES NO SON TAN BANALES

Á. Arévalo Pardal[a], M. Jaime Azuara[a], R. Álvarez Paniagua[a], J. Santos Plaza[b], T. Martínez Campos[c] y T. Morán Caballero[d]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Valladolid. [c]Centro de Salud Parquesol. Valladolid. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 32 años de edad, no fumadora. Sin enfermedades de interés. No tratamiento farmacológico habitual. Acude a nuestra Consulta por cuadro “catarral”, de 2 semanas de evolución, de tos seca, disnea a moderados esfuerzos con empeoramiento en los dos últimos días e intolerancia al decúbito, asociado a dolor pleurítico en hemitórax derecho. Su hija acaba de pasar un cuadro vírico respiratorio.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 87/43. FC 135 lpm. SO2 93%. Taquipneica, ortopnea grave. CyC: sin hallazgos. ACP: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni extratonos, murmullo vesicular disminuido bibasal desde campos medios, con algunos crepitantes húmedos. Abdomen: normal. MMII: sin edemas ni signos de TVP. Estratificación pretest de sospecha de TEP (Escalas Wells y Ginebra): Baja. ECG: taquicardia sinusal a 130 lpm. QRS estrecho. Onda T negativa en III. Analítica: Hb 13,6 g/dl; 8.900 leucocitos (85,3% neutrófilos), 259.000 plaquetas. Coagulación: fibrinógeno 615, dímero D 1.283 ng/ml. Bioquímica: PCR 210. Orina: normal. Rx tórax: Infiltrado intersticial bilateral, derrame pleural bilateral, más acusado derecho. Toracocentesis: características bioquímicas de trasudado. AngioTC: tromboembolismo pulmonar masivo desde origen de arteria pulmonar hasta arteria pulmonar izquierda. Derrame pleural bilateral.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar masivo.

Diagnóstico diferencial: Neumotórax, cardiopatía isquémica aguda, taquiarritmias, pericarditis. En TEP masivo con hipotensión/hipoxemia: infarto agudo de miocardio, disección aórtica aguda, taponamiento pericárdico, distrés respiratorio del adulto.

Comentario final: El TEP es el gran simulador y tenerlo siempre presente ante una disnea súbita, aún a pesar de baja puntuación en las escalas de probabilidad y la ausencia de antecedentes/factores predisponentes. Puede ser mortal en fase aguda o conducir a enfermedad crónica y discapacidad. Una buena anamnesis, analítica y coagulación, radiografía de tórax y un ECG son fundamentales y accesibles a nuestro alcance.

Bibliografía

1. Konstantinides S, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galiè N, et al. Guía de práctica clínica de la ESC 2014 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la embolia pulmonar aguda. Rev Esp Cardiol. 2015;68:64.e1-e45.
2. Erkens PM, Lucassen WA, Geersing GJ, Van Weert HC, Kuijs-Augustijn M, Van Heugten M, et al. Alternative diagnoses in patients in whom the GP considered the diagnosis of pulmonary embolism. Fam Pract. 2014;31(6):670-7.

Palabras clave: Disnea. Ortopnea. TEP.

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