Semergen. 2019;45(Espec Congr 7):152

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

423/160 - A LA TERCERA VA LA VENCIDA

D. San José de la Fuente[1], A. Valdor Cerro[2], M. Esles Bolado[3], O. Casanueva Soler[4], R. Maye Soroa[5], M. Alonso Santiago[5], M. Cobo Rossell[6], P. López Alonso Abaitua[7], L. Rodríguez Vélez[8], L. Salag Rubio[9]

[1]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Torrelavega.[2]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Cantabria.[3]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina Interna Hospital Sierrallana. Torrelavega.[4]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega.[5] Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega.[6]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal.Torrelavega.[7]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega.[8]MIR Medicina de Familia. Área de Torrelavega.[9]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 86 años que acudió a urgencias por dolor lumbar de 3 semanas de evolución, continuo, no irradiado, sin otra clínica asociada, y que no cedía con AINEs ni con metamizol. Como antecedentes personales destacaban HTA, insuficiencia renal crónica, dislipemia y osteoporosis. Se realizó radiografía dorsolumbar que mostró fractura por aplastamiento vertebral de T12. Se dio el alta a domicilio con tramadol 37,5 mg + paracetamol 325 mg cada 12h. A los 10 días la paciente volvió a acudir por episodio presincopal y persistencia del dolor. Tras descartar otras causas de mareo, se optó por cambiar el tratamiento analgésico a paracetamol 1 gramo cada 8h + buprenorfina parches 35 ?g/h + buprenorfina 0,2 mg comprimidos sublinguales de rescate. Tras 2 semanas, la paciente acudió de nuevo a urgencias. Refería que tras levantarse de la cama para ir al baño comenzó con sensación nauseosa, debilidad generalizada y disnea intensa. La familia comentó que desde su última visita a urgencias duerme mucho, apenas sale de la cama y cuando lo hace se suele marear.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta regular estado general, consciente y orientada, con signos de deshidratación leve, mala perfusión distal y taquipnea en reposo. La ACP muestra crepitantes bibasales. Abdomen anodino. Miembros inferiores con signos de insuficiencia venosa crónica moderada, sin edemas, Homans bilateral (-). Se apreciaban múltiples hematomas en costado y miembros, según referían los familiares por caídas recientes en domicilio. Analítica completa con gasometría arterial: destaca insuficiencia respiratoria parcial, con una pO2 de 33 mmHg, saturación de O2 de 76%, creatinina 1,8 mg/dL y dímero D > 300.000 ng/mL.ECG: RS a 88 lpm. Eje normal. PR normal. QRS estrecho. Q aislada en III con T (-). Sin alteraciones agudas de la repolarización. TC arterias pulmonares: múltiples defectos de repleción a nivel de origen de arteria pulmonar principal derecha y en arteria pulmonar principal izquierda. Defectos de repleción que ocupan ambas arterias lobares inferiores proximalmente y ramas lobares superiores. Hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar. Eco-Doppler: TVP subaguda a nivel femoral superficial y poplíteo de MII.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral.

Diagnóstico diferencial: Causas de disnea aguda: origen pulmonar (neumonías, hemorragia, aspiración, broncoespasmo, derrames, neumotórax, TEP, pleuritis) y origen extrapulmonar (edema pulmonar cardiogénico y no cardiogénico, síndrome de distrés, hiperventilación por ansiedad, acidosis metabólica).

Comentario final: La paciente ingresó y se inició tratamiento con heparina con buena evolución. En este caso, aunque la paciente no cumplía estrictamente criterios de anticoagulación profiláctica, ya que no era necesaria la inmovilización por la fractura dorsal, se dieron varias circunstancias que favorecieron el desarrollo de la trombosis. Por un lado, es una mujer de 86 años con dolor agudo de tipo mecánico, por otro lado, la medicación analgésica pautada le producía mareo y somnolencia. Ambos hechos condujeron a la paciente a un estado de inmovilidad que finalmente produjo la patología que se describe en el caso.

Bibliografía

Geerts WH, et al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines, 8th ed. Chest. 2008;133:S381-S453.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.