



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

415/4 - DOCTOR, DOCTOR, HOY ME HE EMPEZADO A CANSAR

E. Aparicio Castaño¹, M. Aparicio Castaño²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca I. Cuenca. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años que acude a consulta por disnea brusca de moderados esfuerzos, con desconfort torácico inespecífico. Sin alergias medicamentosas conocidas, no AP de interés, salvo dislipemia en tratamiento con simvastatina. No refiere episodios previos similares. Sin hábitos tóxicos, independiente para las actividades de la vida diaria con vida activa. No inmovilización ni cirugía recientes, no dolor o tumefacción de MMII, no asimetrías, no edemas dilatados. No neoplasia activa. Se realiza exploración física, ECG y se deriva al servicio de urgencias por sospecha de tromboembolismo pulmonar.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración destaca TA 171/11 y SatO 88%. Siendo la ACP normal, sin ruidos ni soplos sobreañadidos. Sin ingurgitación yugular, en MMII sin edemas con pulsos presentes y simétricos. Se realiza ECG que muestra hemibloqueo anterior izquierdo. Se calcula Escala Wells: 2 (riesgo intermedio). A su llegada al servicio de urgencias se realiza Rx tórax: elongación aórtica, redistribución vascular, sin condensaciones ni infiltrados. Analítica: hemograma 13.000 leucocitos, dímero D 1.866, BQ PCR 17,4, resto normal. Gasometría y s. orina normales. Se realiza angio-TC con contraste que evidencia: defectos de repleción en la arteria pulmonar principal, arterias lobares y segmentarias del lado derecho y en arteria segmentaria basal del lado izquierdo, correspondiente a TEP bilateral agudo. Con los resultados obtenidos se inició tratamiento anticoagulante con HBPM ajustada a peso, y se procede al ingreso para control evolutivo.

Juicio clínico: Tromboembolismo bilateral agudo.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca. Cor pulmonare. Insuficiencia respiratoria.

Comentario final: La enfermedad tromboembólica aparece en la mayoría de los casos en pacientes que presentan 1 o más FR adquiridos o hereditarios. Siendo poco frecuentes los TEP no provocados o de causa idiopática, más aún aquellos casos de TEP que no tienen trombosis venosa profunda asociada. Por ello consideramos que este caso clínico es de interés, al tratarse de una paciente con muy pocos factores de riesgo cardiovascular y escasos FR de enfermedad tromboembólica, que desarrolló un TEP bilateral, llegándose al diagnóstico al realizar una anamnesis y exploración física completa y adecuada aun estando en el centro de salud con menos medios y pruebas complementarias accesibles. Porque aunque no se llegó al diagnóstico confirmatorio desde atención primaria, se derivó con la idea de descartar por el bajo riesgo según escalas, con la sorpresa de que si se confirmó. Saliéndose el caso de la clínica y la presentación habitual. Por ello es importante una anamnesis y exploración completa y sistemática.

Bibliografía

Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de octubre, 8^a ed. Madrid: MSD. 2016; p. 517-30.

Julián Jiménez Ag. Manual de protocolos y actuación en urgencias, 4^a ed. 2014.

Torbicki A, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología. Guías de práctica clínica sobre diagnóstico y manejo del tromboembolismo pulmonar agudo. 2008;61(12):1330.

Palabras clave: Disnea. Tromboembolismo.