



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

## 415/41 - UN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR POCO HABITUAL

P. Pastor Solaz<sup>1</sup>, E. Plaza Ortega<sup>1</sup>, E. Aparicio Castaño<sup>2</sup>, C. Plaza Ortega<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.<sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca I. Cuenca. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 75 años, hipertensa, con obesidad mórbida. En seguimiento por cirugía vascular por insuficiencia venosa crónica en miembros inferiores. Ingresada hacía un mes con diagnóstico de celulitis en miembros inferiores y bronquitis. Acudió a nuestra consulta refiriendo aumento de su disnea con el esfuerzo que había sido progresiva de 5-6 días de evolución. Refería tos sin expectoración. No presentaba ortopnea, no disnea paroxística nocturna. No dolor torácico. No fiebre, ni sensación distérmica. No comentaba disminución de diuresis, ni aumento de edemas en piernas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente con buen estado general. Consciente y orientada en las tres esferas. Normocoloreada, normohidratada y bien perfundida. Eupneica en reposo. Afebril. Mantenía saturaciones de oxígeno basal en torno a 88%, sin tiraje ni sensación de dificultad respiratoria. No presentaba ingurgitación yugular a 45°. La auscultación cardiaca y pulmonar eran normales. Abdomen muy globuloso. Blando y depresible, no doloroso a la palpación. Difícil exploración de masas y megalias. MMII: Pulso distales presentes en ambas piernas. No signos de TVP. En ambas piernas, eritema hasta rodilla. Ligero aumento de temperatura en miembro inferior izquierdo. Se realizó un ECG que mostró taquicardia sinusal. Se realizó una analítica que mostraba leucocitosis con desviación izquierda, PCR 55,6 mg/L, NT-proBNP 412 pg/mL. En la gasometría arterial se objetivaba una insuficiencia respiratoria parcial con pH 7,430, pCO<sub>2</sub> 31,0 mmHg, pO<sub>2</sub> 46,0 mmHg. Al administrar oxígeno a 3 litros con gafas nasales la saturación se mantuvo en torno a 93%. En los días sucesivos, se solicitó un dímero D que fue de 6.657, por lo que se solicitó un angioTAC de arterias pulmonares que confirmó el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral masivo (de predominio derecho) con dilatación de las cavidades cardíacas derechas y con una pequeña consolidación periférica lingual que podría estar en relación con una zona de infarto pulmonar.

**Juicio clínico:** En un primer momento, al tratarse de una disnea progresiva de días de evolución se pensó en una insuficiencia cardíaca o una infección respiratoria no condensante que provocara una insuficiencia respiratoria. Al no objetivar datos analíticos que confirmaran estos dos diagnósticos y ante la presencia de una gran obesidad y de una exploración de miembros inferiores patológica se pensó en la posibilidad de la existencia de un TEP pese a que no es un caso de disnea brusca habitual, confirmándose finalmente, con las pruebas específicas, este diagnóstico.

**Diagnóstico diferencial:** Tromboembolismo pulmonar. Infección respiratoria no condensante. Insuficiencia respiratoria parcial.

**Comentario final:** El TEP es la tercera causa de muerte cardiovascular, tras la enfermedad coronaria y los accidentes vasculares cerebrales. No es una enfermedad que se pueda diagnosticar ni excluir con certeza sin la ayuda de estudios de imágenes, por ello se requiere una alta sospecha para diagnosticarla. En la gran mayoría de ocasiones la clínica debutá con una disnea súbita sin embargo, en ocasiones la disnea puede llegar a tolerarse dificultando el diagnóstico.

## Bibliografía

Jiménez D, Yusen RD. Clinical significance and management of right heart thrombi: more questions than answers. Eur Respir J. 2016;47(3):702-3.

**Palabras clave:** Disnea. Tromboembolismo pulmonar. Insuficiencia respiratoria.