



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

199/162 - DOCTOR, ME HAN CLAVADO UN PUÑAL

L. Muñoz Olmo^a, A. Padial Baone^b y C. Gutiérrez Ruiz^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz. ^bMédico de Familia. Dispositivo de Apoyo Bahía-La Janda. Cádiz. ^cMédico de Familia. CS La Atalaya. Conil de La Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: HTA en tratamiento farmacológico con buenos controles. ACV isquémico en 2005. Síndrome subacromial. HBP en tratamiento. Anamnesis: varón de 78 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por 4 días de dolor torácico a punta de dedo que se intensifica con la inspiración profunda y la tos. No fiebre. Comenta proceso catarral y febrícula hace 20 días con mejoría parcial, comenzando posteriormente con disnea progresiva, pérdida de apetito y anemia. No síndrome constitucional previo.

Exploración y pruebas complementarias: TA 145/85. FC 105 lpm, SatO₂: 87%. T^a 36,7 °C. Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. RC rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular abolido en bases. Abdomen: sin alteraciones. Hemograma con Hb 15,7 y 12.000 leucocitos. Coagulación: fibrinógeno 939. Bioquímica normal. Dímero D 2,49. EKG: Taquicardia sinusal a 120 lpm. QRS estrecho, PR normal. Sin otras alteraciones. Rx de tórax: pinzamiento de ambos senos costofrénicos y atelectasia en lóbulo inferior izquierdo. Angio TC: defectos de repleción en arterias pulmonares principales de forma bilateral. Defecto de repleción oclusivos en arterias del lóbulo superior, medio e inferior derecho. En el lado izquierdo, defecto de repleción oclusivos en el lóbulo superior y ramas de los segmentos de la pirámide basal. Derrame pleural bilateral.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral.

Diagnóstico diferencial: Infarto pulmonar. Neumonía. Neumotórax. Enfisema. Disección aórtica.

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. El análisis siempre debe empezar por la probabilidad clínica del diagnóstico. 50% de los TEP, se presentan de forma asintomática. Los síntomas que más frecuentemente se asocian con TEP son disnea, dolor torácico tipo pleurítico, hemoptisis, síncope y tos. Al examen físico los pacientes pueden presentar taquipnea, taquicardia e hipotensión. En conclusión el TEP es una de las enfermedades de mas difícil diagnóstico aunque si nos basamos en las guías, en atención primaria podemos sospecharlo y derivarlo para su diagnostico definitivo con un alto grado de acierto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Uresandi F, Jiménez D. National. Consensus on the Diagnosis, Risk Stratification and Treatment of Patients with Pulmonary Embolism: An Update. Archivos de Bronconeumología (English Edition).

2016;52:61-2.

2. Sandoval J, Florenzano M. Diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo pulmonar. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2015;26:338-43.
3. Marín F, Sánchez PL, Cortina JM, et al. Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC 2014 sobre el diagnóstico y tratamiento de la embolia pulmonar aguda. *Revista Española de Cardiología*. 2015;68:10-6.
4. Jiménez D, Uresandi F. Consenso intersociedades español sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de pacientes con tromboembolia pulmonar. *Angiología*. 2014;66:70-84.