



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

387/35 - DIFICULTAD RESPIRATORIA Y ANSIEDAD

E. Vejo Puente¹, V. González Novoa², L. Campo Alegría³, A. Villaverde Llana⁴, J. Martín Delgado⁵, S. Quintana Cabieces⁶

¹Médico de Familia. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria. ²Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ³Médico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud de Colindres. Cantabria. ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Liébana. Potes. Cantabria. ⁶Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Centro de Salud de Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años. IABVD. Vida activa. HTA. Hipercolesterolemia. Artrosis. RGE. Migrañas. Trastorno ansioso depresivo recurrente (valorada por psiquiatría 2017). Tratamiento: lisinopril + hidroclorotiazida 20/12,5 mg, atorvastatina 40 mg, paracetamol 1 g, omeprazol 20 mg, mirtazapina 30 mg, lorazepam 1 mg, alprazolam 0,5 mg. Acude al SUAP por sensación de falta de aire y palpitaciones, de predominio con los esfuerzos y que cede parcialmente en reposo. No dolor precordial. No síncope. Refiere además que había presentado episodios previos de palpitaciones, y hace un mes fue valorada en urgencias hospitalarias por crisis de ansiedad.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: bien perfundida e hidratada. TA 168/81. FC 100 x', Sat O₂ 96%. Afebril. Carótidas rítmicas, simétricas, sin soplos. Presión venosa yugular normal. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar: buena ventilación bilateral. Abdomen: no masas, ni megalias. EE.II: piernas voluminosas sin fóvea ni cordones de TVS. Pruebas complementarias: ECG ingreso RS a 100 lpm, PR normal, abundantes extrasístoles ventriculares, QRS estrecho, onda T negativa de V1 a V3, patrón S1Q3T3. Comparado ECG con previo de urgencias a través del visor corporativo, que es normal.

Juicio clínico: Posible tromboembolismo pulmonar (ante la clínica y cambios en el ECG).

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad. Taquicardia supraventricular. Cardiopatía isquémica. Broncopatía. Tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: La paciente es remitida a Urgencias Hospitalarias para completar estudio mediante analítica y pruebas de imagen, confirmándose el diagnóstico de TEP suboclusivo bilateral con repercusión hemodinámica, y realizándose fibrinólisis y anticoagulando al alta. En este caso los antecedentes personales de la paciente (trastorno ansioso depresivo recurrente), así como el abordaje de la misma ante sus síntomas, que inicialmente achacaba a "sus nervios", nos hicieron plantearnos inicialmente el caso como nueva crisis de ansiedad. No habiéramos sospechado otra clínica de no haber realizado ECG y constatado las alteraciones en el mismo. De ahí la importancia de utilizar los métodos diagnósticos disponibles en el SUAP, que aunque escasos, en muchas ocasiones nos dan la clave.

Bibliografía

Brown G, Hogg K. Best evidence topic report. Diagnostic utility of electrocardiogram for diagnosing pulmonary embolism. Emerg Med J. 2005;22(10):729-30.

Dong B, Jirong Y, Liu G, Wang Q, Wu T. Tratamiento trombolítico para el embolismo pulmonar (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>