



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

## 387/6 - NO PERDAMOS EL OJO CLÍNICO

J. Bustamante Odriozola<sup>1</sup>, Á. Pérez Martín<sup>2</sup>, B. Simón Tárrega<sup>3</sup>, D. Martínez Revuelta<sup>3</sup>, R. López Sánchez<sup>4</sup>, N. Huarachi Berme<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.<sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Morante. Santander. Cantabria.<sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 39 años que acude a Urgencias derivado por su médico de atención primaria por tercera vez en un mes por dolor de características pleuríticas que ha ido variando de un hemitórax a otro, estableciéndose finalmente de forma bilateral. Refiere que es un dolor de tipo punzante que aumenta con la inspiración y no empeora a la palpación. Refiere que desde la segunda vez que ha acudido a Urgencias, se pautó levofloxacino por fiebre de hasta 38,5 °C, así como antiinflamatorio con respuesta parcial.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. Hemodinámicamente estable. Exploración física normal. PERC: 0. Escala de Wells para tromboembolismo pulmonar (TEP): 0. Electrocardiograma: Ondas T hiperagudas en V3, más de la mitad del voltaje del QRS precedente. Dudosos patrón S1Q3T3 sin otros datos de sobrecarga de volumen. Radiografía de tórax: leve oligohemia en base derecha. Analítica: hemograma y bioquímica normales. Dímero D: 3.707 ng/ml. Angiografía por tomografía computarizada pulmonar (angioTAC pulmonar): Se observa tromboembolismo pulmonar en arterias lobares y segmentarias bilaterales. Se observan signos de sobrecarga de cavidades derechas con rectificación del tabique interventricular. Infartos pulmonares bilaterales en ambas bases pulmonares. Estudio de hipercoagulabilidad: Mutación 20210A positivo.

**Juicio clínico:** Tromboembolismo pulmonar bilateral.

**Diagnóstico diferencial:** Dolor de características osteomusculares vs neumonía atípica vs tromboembolismo pulmonar.

**Comentario final:** El tromboembolismo pulmonar (TEP) consiste en la obstrucción de la arteria pulmonar, o de una de sus ramas, por un trombo aunque también puede existir obstrucción por tejido tumoral, gas o grasa. En la mayoría de los casos (50-80%) el origen del trombo corresponde al territorio ileofemoral y poplíteo. En el resto corresponde a pelvis, extremidades superiores o cavidades derechas cardíacas. El diagnóstico del TEP se realiza mediante una combinación de la clínica (presentaciones principales disnea, dolor pleurítico, hemoptisis y síncope) combinado con la probabilidad pretest mediante las escalas correspondientes (Wells, PERC). A nivel de pruebas el dímero D es útil por su valor predictivo negativo y en casos de duda intermedia. El diagnóstico definitivo se realiza mediante angiografía por tomografía computarizada pulmonar o gammagrafía ventilación-perfusión. El tratamiento sintomático se realiza con anticoagulación o filtro de la vena cava inferior (si hay contraindicación de anticoagulación o riesgo elevado de sangrado) en pacientes

estables. En pacientes inestables el tratamiento de elección es la embolectomía o por terapia trombolítica.

## Bibliografía

den Exter PL, van Es J, Erkens PM, et al. Impact of delay in clinical presentation on the diagnostic management and prognosis of patients with suspected pulmonary embolism. Am J Respir Crit Care Med. 2013;187:1369.

Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Eur Heart J. 2014;35:3033.

Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141:e419S.

Luke SGEH, Steven B, Robin C, et al. British Thoracic Society Guideline for the initial outpatient management of pulmonary embolism (PE). Thorax. 2018; 73:ii1.