Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1546

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1712 - Doctor, ¿por qué me fatigo?

J.I. Berrocoso Sánchez[a], J.I. Delgado Redondo[a], E. de Dios Rodríguez[a], C. Sánchez Peinador[b], C. Montero Sánchez[c], N. Diego Mangas[d], C. de Manueles Astudillo[e], G. Lucía Ramos[f], Á.F. Viola Candela[b] y M. Robles Torres[f]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Garrido Sur. Salamanca. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan. Salamanca. [f] Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 69 años, exfumadora desde hace 5 meses, que acudió a urgencias refiriendo disnea de esfuerzo progresiva desde hace una semana, aparecía al caminar 10 metros aproximadamente. Además contaba un dolor centrotorácico de cualidad opresiva, que se irradiaba a la escápula derecha, acompañado de palpitaciones y que no cedía con el reposo. No presentaba ortopnea ni edema de extremidades, aunque refería ligera disminución de la diuresis. Sin tos, ni fiebre. La paciente no refería antecedente de inmovilización o cirugía.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente presentaba ligera taquipnea en reposo, taquicardia a la auscultación cardíaca y crepitantes finos en base pulmonar derecha. No presentaba signos de trombosis venosa profunda en miembros inferiores. Se le realizó un ECG donde se observó una taquicardia sinusal y un bloqueo incompleto de rama derecha del haz de Hiss. Presentaba ensanchamiento mediastínico en la radiografía de tórax sin otras alteraciones. Se observó en la gasometría arterial hipoxemia e hipocapnia y en la analítica unos D-dímeros discretamente elevados (3,07). Se solicitó un TAC de arterias pulmonares detectándose defectos de repleción sugerentes de TEP agudo en todas las ramas

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

lobares de ambas arterias pulmonares y cardiomegalia a expensas de cavidades derechas. La paciente ingresó en Neumología y se inició tratamiento anticoagulante. Se le realizó estudio ecográfico sin evidenciar signos de trombosis a nivel de venas femoral común, ramas superficial y profunda, poplítea y tibial posterior.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral idiopático.

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar, EPOC reagudizado, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca descompensada.

Comentario final: Sospecharemos TEP ante un paciente con signos y síntomas típicos como disnea, dolor torácico, tos, hemoptisis, taquipnea, taquicardia o signos de TVP. Es importante valorar la presencia de factores predisponentes, los más importantes son la fractura de pierna o cadera, la prótesis de cadera o rodilla, una cirugía mayor reciente o una lesión medular; sin olvidar que un pequeño porcentaje de episodios son de origen idiopático. Ante una sospecha de tromboembolismo y a la espera de los resultados analíticos podremos valorar la probabilidad del mismo mediante la escala de Wells. Siempre que sospechemos esta entidad deberemos solicitar un ECG, radiografía de tórax y solicitar una analítica con determinación de Dímero D. La prueba de elección en el momento actual es el angio TAC. Aunque su inicio suele ser agudo se pueden presentar casos de TEP cuyos síntomas atípicos o progresivos enlentezcan el diagnóstico del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo para el Diagnóstico y Manejo del Tromboembolismo Pulmonar Agudo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología. Guías de práctica clínica sobre diagnóstico y manejo del tromboembolismo pulmonar agudo. Rev Esp Cardiol. 2008;61(12):1330.e1-1330.e52.

2. British Thoracic Society Standards of Care Committee Pulmonary Embolism Guideline Development Group. British Thoracic Society guidelines for the management of suspected acute pulmonary embolism. Thorax. 2003;58(6):470-83.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.