Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):1

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/29 - Disnea súbita

S. González Garrido[a], E.M. Sánchez Fuentes[a], M. Lobo Marín[b] y G. Ortiz Quintana[a]

[a]Médico Residente. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: alergia a paracetamol, no dm, no HTA, no fumador, cervicobraquialgia por hernia discal cervical pendiente de intervención quirúrgica. Tratamiento habitual: alopurinol 300 mg/24h. Motivo de consulta: paciente varón de 61 años que acude al centro de salud por disnea progresiva hasta hacerse de reposo en los últimos 3 días. Refiere palpitaciones sin dolor torácico de tipo anginoso ni cortejo vegetativo, pero sí presenta dolor tipo punzante autolimitado de 2 minutos de duración en tórax. No clínica de infección respiratoria. Refiere que en los últimos dos meses ha disminuido su actividad diaria de forma significativa (actualmente vida cama-sillón) por cervicobraquialgia.

Exploración y pruebas complementarias: Se explora al paciente, se le realiza un ECG, y se decide derivar al servicio de urgencias. Exploración física: mal estado general, consciente, orientado y colaborador, taquipneico, palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, no soplos, murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. MMII sin edemas ni signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 150 lpm, eje normal, no alteraciones agudas de la repolarización. Analítica: hemograma: normal. Bioquímica: glucosa 117, urea 35, creatninia 1,1, Na 140, K 4,5, troponina I 0,107. Coagulación: dímero-D 3.354. Rx tórax: índice cardiotorácico normal, no derrame pleural, discreto infiltrado en lóbulo superior izquierdo. GSA: pH 7,5, PCO2 24, PO2 50, HCO3 18.7, SatO2 90%. Angio-TAC: TEP bilateral con consolidación alveolar en LSI que puede corresponder a infarto/hemorragia. Signos de hipertensión pulmonar. Eco-doppler mmii: trombosis parcial en vena poplítea izquierda. Trombosis parcial en vena femoral superficial distal y poplítea derecha.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Juicio clínico: TEP bilateral + TVP con inestabilidad hemodinámica y necesidad en trombolisis en paciente con factor de riesgo (inmovilización en el contexto de espera para intervención quirúrgica). Infarto pulmonar en lóbulo superior izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria. Tromboembolismo pulmonar. Insuficiencia cardiaca. Infarto agudo de miocardio. Neumotórax espontáneo. Asma.

Comentario final: El TEP es una entidad relativamente frecuente que resulta de la combinación de factores de riesgo relacionados con el paciente y con el contexto en el que éste se encuentra. Presenta una clínica muy inespecífica por lo que resulta fundamental realizar una buena historia clínica donde queden reflejados estos factores de riesgo que nos puedan orientar hacia dicho diagnóstico.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª ed.

Palabras clave: Disnea. Embolismo. Inmovilización.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.