Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):88

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2397 - Me ha dado un mareo

A. Valle Campo[a], M. Colón Mas[b], M. Martínez Morote[b] y T. Carrasquer Pirla[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ermitagaña. Pamplona.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Murcia Centro.[c]Médico Residente de Medicina Interna. CHN. Pamplona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 87 años con antecedentes de HTA acude por mareo de unos 5 minutos y que cede espontáneamente sin otra clínica acompañante. TA 100/40, Sat 99%. Se deriva a urgencias, donde se realiza AS, Rx de tórax, ECG y TAC para TEP ante el resultado elevado de dímero-D, previa administración de bicarbonato 1/6 M (insuficiencia renal leve). Se ingresa en Neumología ante el diagnóstico de TEP bilateral, recibiendo tratamiento anticoagulante inicialmente con heparina de bajo peso molecular sustituida posteriormente por sintrom de forma indefinida, valorado por el servicio de Hematología, se realiza estudio de coagulopatías que es normal.

Exploración y pruebas complementarias: En AP se realiza exploración física y neurológica y ECG con resultado dentro de la normalidad. En urgencias se realiza analítica de sangre (Hb 11,6, dímero D 586, Crt 1,68, resto dentro de la normalidad), Rx de tórax, ECG con resultado dentro de la normalidad, angioTAC. Hallazgos compatibles con TEP bilateral periférico (ramas segmentarias). Durante el ingreso se realiza eco doppler de EEII, estudio de coagulopatías, ecocardiograma con resultado normal.

Juicio clínico: TEP idiopático bilateral con clínica hemodinámica.

Diagnóstico diferencial: Mareo vasovagal, AIT, síndrome coronario agudo, TEP.

Comentario final: La tromboembolia pulmonar (TEP) consiste en obstrucción de la arteria pulmonar, o de una de sus ramas, por un trombo o también obstrucción por

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

tejido tumoral, gas o grasa. En la mayoría de los casos (50-80%) el origen del trombo corresponde al territorio ileofemoral y poplíteo. La mortalidad del TEP no tratado es del 30% La decisión sobre la elección del tratamiento inicial del TEP debe tener en cuenta el estado hemodinámico del paciente, su estratificación de acuerdo a la probabilidad de padecer TEP y a su gravedad.

Bibliografía

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. CG144 venous thromboembolic diseases: the management of venous thromboembolic diseases and the role of thrombophilia testing. NICE clinical guidelines.
2. Roy PM, Meyer G, Vielle B, et al. EMDEPU Study Group Appropriateness of diagnostic management and outcomes of suspected pulmonary embolism.
3. Uresandia F, Monrealb M, García-Bragado F, et al. National Consensus on the Diagnosis, Risk Stratification and Treatment of Patients with Pulmonary Embolism.
4. Morales-Blanhir JE, Salas-Pacheco J.L. Diagnóstico de tromboembolia pulmonar.

Palabras clave: *Mareo. Disnea.*

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