



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2878 - No siempre lo parece: tromboembolismo pulmonar a propósito de un caso

C.A. Luna Pardal<sup>a</sup>, R. Liste Muñoz<sup>b</sup> y M.A. Fernández Santamaría<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Elviña. A Coruña. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Rosales. A Coruña. <sup>c</sup>Médico de Urgencias Extrahospitalarias. Centro de Salud Cambre. A Coruña.

### Resumen

**Descripción del caso:** AP: No AMC. FRCV: HTA, D. epiléptica. Obesidad. No Qx. Mujer caucásica de 72 años, con antecedentes descritos, acude a consulta por sensación de mareo con giro de objetos, acompañado de cortejo vegetativo, que inició la madrugada del día anterior tras levantarse de cama y acompañado de disnea brusca. No dolor torácico, palpitaciones, ortopnea o aumento de perímetro de MMII. Desde 2 meses con dolor lumbar tras caída accidental, pero sale de casa y camina. Rechaza analgesia.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 126/87, FR 32 rpm, T<sup>a</sup> 35 °C, pulsioximetría basal 94%, FC 84 lpm. Exploración: CyC: no IVY. ACP: rítmica, no soplos. MVC. Abd: globuloso, blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias. RHA +. No peritonismo. MMII: No edema, no signos de TVP. Alguna mínima variz. NRL: PC normales. PICNR. Romberg +. Nistagmus horizontal. Marcha inestable. EKG: ritmo sinusal a 86 lpm. SI-QIII-TIII. T- de V1 a V5. GAB: pH 7,49; pCO<sub>2</sub> 26 mmHg, pO<sub>2</sub> 73 mmHg. Analítica: hemograma y bioquímica sin alteraciones relevantes. Dímero D 2.246. Rx tórax: sin evidencia de patología pleuropulmonar aguda. Angio TAC: defecto de repleción acalangado entre la arteria del LM y del LID, entre la arteria del LSI y del LII. Defectos de repleción centrales en arterias lobares, y mayoría de ramas segmentarias y subsegmentarias compatibles con TEP agudo bilateral. Rectificación del tabique interventricular y reflujo de contraste a vena cava inferior y suprahepáticas en relación con sobrecarga de cámaras derechas.

**Juicio clínico:** TEP bilateral.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardíaca congestiva. Infarto de miocardio. Neumonía. Neumotórax. Taponamiento cardíaco.

**Comentario final:** La paciente en este caso acudió a consulta por la clínica de mareo sin expresar a penas su dificultad para respirar que se objetivaba con sólo verla. Con una exploración física, un EKG y la saturación, herramientas con las que contamos en una consulta de primaria, podemos hacer una sospecha elevada de TEP.

### Bibliografía

1. Sandoval J, Florenzano M. Diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo pulmonar. Rev Clínica Médica Las Condes. 2015;26.
2. Konstantinides SV. Trends in incidence versus case fatality rates of pulmonary embolism: Good news or bad news? Thromb Haemost. 2016;115:233.

3. Mai C, Hunt D. Upper-extremity deep venous thrombosis: a review. *Am J Med.* 2011;124:402.

*Palabras clave:* *Tromboembolismo pulmonar. Electrocardiograma.*