Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):54

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1461 - ¿Por qué no mejoro con mi inhalador de siempre?

A.M. Fernández López[a], M. Martínez Hernández[a], E.M. Fernández Cueto[a], S. López Zacarez[b], I.B. González Riquelme[c], C. Celada Roldán[d], R. Aguilar Hernández[e], M.D. Navarro Miralles[b], L. Tomás Ortiz[b] y J. Sánchez Sánchez[f]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [e]Médico de Familia. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera la Verde. Murcia. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Cartagena. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años que acude a su Centro de Salud por empeoramiento de su disnea habitual en las últimas tres semanas. Debido a sus antecedentes, su médico le pauta ventolín 2 inhalaciones cada 8 horas y su symbicort ya pautado previamente. A la semana siguiente consulta de nuevo porque la disnea ha progresado hasta hacerse de mínimos esfuerzos. No ortopnea, distermia ni otros síntomas. Antecedentes personales: síndrome apnea-hipoapnea del sueño severo con CPAP nocturna, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no agudizador con symbicort cada 8 horas, obesidad, fumadora.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Eupneica en reposo. Saturación 95%. Auscultación cardíaca sin alteraciones, y respiratoria con disminución generalizada del murmullo vesicular, acompañándose de crepitantes bibasales. Resto de exploración sin alteraciones. Analítica: PCR 6,9, sin leucocitosis ni neutrofilia. Resto parámetros sin alteraciones. Gasometría arterial: pO2 77,5, pCO2 49,4, bicarbonato 29, lactato 0,8. Radiografía tórax: sin alteraciones. Tras la incongruencia de las pruebas con la clínica se solicita dímero D, siendo este 3.184, y posteriormente se realiza angioTAC de arterias pulmonares con hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar (TEP) segmentario bilateral que afecta a ramas de

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

arterias pulmonares para lóbulos inferiores.

Juicio clínico: TEP segmentario bilateral.

Diagnóstico diferencial: EPOC reagudizado, infección respiratoria, enfermedad del parénquima pulmonar.

Comentario final: Pese a la enfermedad de base de esta paciente, las pruebas nos hacen descartar patología de los bronquios y del parénquima, por lo que hay que valorar patología vascular. Es importante no catalogar siempre a un paciente por su patología de base, ya que pese a que lo primero que se piensa es en una reagudización, hay que mirar sobre todo la clínica, la cual va en contra de esa opción. Por ello, es necesaria una buena anamnesis y no deshacernos del paciente atribuyendo el nuevo problema a su patología de base sin descartar otras opciones. Muchas veces la "polidemanda" tan frecuente en Atención Primaria nos hace tomar menos en serio a nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Coon WW, Willis PW. Deep venous thrombosis and pulmonary embolism: prediction, prevention and treatment. Am J Cardiol. 1959;4:611.
2. Soloff LA, Rodman T. Acute pulmonary embolism. II. Clinical. Am Heart J. 1967;74:829.

Palabras clave: *Pulmonary embolism.*

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