



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

212/278 - ¡Estoy cansada de tanto tratamiento!

B. Sánchez García^a, P. Abellán García^b, M.C. Quesada^a, J.I. Giménez^a, L. Blázquez^a, M. Almansa^a, C.M. Cano Bernal^a, D. Fernández Camacho^a, Y. Reverte Pagán^a y A.D. Branchina^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Santomera. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 77 años. Antecedentes personales: HTA, cardiopatía hipertensiva, bloqueo rama izquierda, ICC estable, adenocarcinoma de colon derecho T4N0 intervenida. Carcinoma ductal infiltrante de mama izda. SB; disnea de moderados esfuerzos, no ortopnea ni edemas. Tratamiento: antihipertensivos, antianginoso, antidepresivo. Consulta por empeoramiento de disnea habitual hasta mínimos esfuerzos y sensación de opresión precordial con el ejercicio desde hace una semana. No refiere ortopnea, disnea paroxística nocturna ni edemas. No CVA. Había disminuido la dosis del diurético que tomaba en los últimos dos días.

Exploración y pruebas complementarias: En urgencias: EF: BEG, taquipneica. No IY. ACP: rítmica a 70 lpm sin soplos. hipoventilación generalizada sin ruidos añadidos. Abdomen y MMII normal. Exploraciones complementarias: ECG: RS a 72 lpm, bloqueo rama izquierda ya conocido. Analítica: bioquímica normal proBNP 546, Hemograma: leucocitos 8.100. Coagulación: ap 83%, dímero D 6.582. Rx tórax: no alteraciones. AngioTC: TEP bilateral, moderada cardiomegalia. Se inicia anticoagulación con HBPM y se ingresa en MI. En planta: se solicita estudio de trombofilia (negativo), ecocardio (FEV 29,2%), biopsia de GC (ca ductal infiltrante de bajo grado), RM mama: ca mama BIRADS 5. A su ingreso se añade acenocumarol y se da de alta. Evolución: días después se le realiza cateterismo cardiaco y un mes más tarde se interviene a la paciente de mastectomía radical modificada + BGC. La paciente ha seguido revisiones en la unidad de mama, oncología y medicina interna.

Juicio clínico: TEP bilateral. ICD. Carcinoma ductal infiltrante de mama intervenido.

Diagnóstico diferencial: Infarto de miocardio, pleuritis, insuficiencia cardíaca congestiva.

Comentario final: Inicialmente la primera impresión diagnóstica con la clínica de la paciente fué una descompensación de su insuficiencia cardíaca, a esto se suma el antecedente personal de insuficiencia cardíaca estable y la suspensión del tratamiento diurético en los últimos días. A pesar de la gravedad de la patología, presentó en todo momento estabilidad hemodinámica con clínica muy somera durante su estancia en urgencias.

Bibliografía

1. Konstantinides S, Torbicki A, Agnelli G, et al. Guía de práctica clínica de la ESC 2014 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la embolia pulmonar aguda. Rev Esp Cardiol. 2015;68:64.e1-e4.

Palabras clave: *Tromboembolismo pulmonar. Insuficiencia cardiaca descompensada.*