



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

## 212/2753 - No es infarto todo lo que reluce

M. Bernuz Rubert<sup>a</sup>, A.I. Seoane Novás<sup>a</sup>, A. Viña Almunia<sup>a</sup> y R. Moreno Ballesteros<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benloch. Valencia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 80 años. Antecedentes personales de insuficiencia renal crónica, sarcoma pleomórfico de alto grado, bradicardia sinusal asintomática, TEP (tromboembolismo pulmonar) en el 2008, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y exfumador. Acude a urgencias por dolor centrotorácico de características opresivas no irradiado de 5 minutos de duración; asociado a sudoración profusa, disnea y malestar general. Le ha ocurrido otras 4 veces en ese día de menor intensidad.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 89/65, FC: 74 lpm, Sat O<sub>2</sub> (FiO<sub>2</sub> 21%) 96%. Regular estado general, sudoroso, palidez mucocutánea. Auscultación cardiaca y pulmonar sin alteraciones. Abdomen: no signos de irritación peritoneal, no masas ni megalías, molestias difusas a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos presentes. MMII: sin edemas, pulsos pedios presentes y simétricos, signos de insuficiencia venosa crónica, no signos de TVP (trombosis venosa profunda). Con la sospecha de síndrome coronario agudo se le administra ácido acetilsalicílico 300 mg y se le realiza un ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, eje 0°, sin alteraciones en la conducción AV, “q” aislada en III. Analítica de sangre: biomarcadores cardiacos seriados negativos, lo único a destacar una creatinina de 1,84 mg/dL. Rx tórax: sin alteraciones. Se realiza una ecocardiografía doppler donde se observa buena función sistólica y signos indirectos de hipertensión pulmonar. Se desestima la realización de angio-TAC por mala función renal. El paciente ingresa con diagnóstico de sospecha de TEP. Posteriormente se realiza una gammagrafía de perfusión con resultado compatible con TEP. Además se le realiza una Ecodoppler venoso de MMII, con resultado de TVP poplíteo-femoral derecha.

**Juicio clínico:** Tromboembolismo pulmonar.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome coronario agudo. Disección de aorta. Tromboembolismo pulmonar.

**Comentario final:** El diagnóstico de TEP puede ser complicado, ya que no tiene una clínica específica. La TEV es la tercera enfermedad cardiovascular más frecuente, por lo que es una patología a tener presente en el diagnóstico diferencial. Alrededor del 70% de los pacientes con TEP, pueden tener además TVP en las extremidades inferiores, estas dos entidades son dos presentaciones clínicas de TEV y comparten los mismos factores predisponentes, los cuales es importante conocer para poder sospechar y llegar a este diagnóstico.

### Bibliografía

1. 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-e45.
2. Base de datos Orion Clinic (Hospital Dr. Peset)

*Palabras clave:* *Tromboembolismo pulmonar.*