



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1455 - Piensa mal y acertarás

M. Aldeanueva Escribano^a, I.M. Gómez Marín^b, E. Navarrete Martínez^c, L. Sánchez Camacho^d, M.D. Spinola Muñoz^e y R. Medel Cortés^f

^aMédico Residente. Centro de Salud de Montoro. Córdoba. ^bMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud D. Rafael Flórez Crespo. Posadas. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba. ^eMédico Residente. Centro de Salud Occidente. Córdoba. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años con HTA, DM 2 e hipercolesterolemia, que acude al servicio de urgencias por inflamación y dolor crónico de ambos MMII, que no cede con el reposo y se ha acentuado en las últimas 48 horas, localizándose más en MII. No disnea, no dolor torácico, no otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, eupneica en reposo. Afebril. TA: 147/87. FC: 94 lpm. Sat 96 con oxígeno basal. EEII: edematosos, asimétricos, diámetro MII > MID, con signos de TVP y de insuficiencia venosa crónica. Aumento de la temperatura local y rubefacción local. Analítica normal salvo dímero D > 5.000. GSA: hipoxia de pO₂ 63. Rx tórax: normal. ECG: ritmo sinusal a 84 lpm. Onda S en I, onda Q en III. BRD. Eco doppler: TVO en VFC izquierda e iliaca externa ipsilateral. Ante los datos descritos y con las imágenes del electrocardiograma, en ausencia de insuficiencia respiratoria y alcalosis respiratoria ni disnea, solicitó angioTAC arterias pulmonares bilaterales.

Juicio clínico: TVP. TEP agudo bilateral submasivo.

Diagnóstico diferencial: Afectación rodilla y pantorrilla. Quistes de Baker.

Comentario final: El TEP se produce en el 80-95% por TVP. Se estima que el 50% de TVP van a desarrollar TEP. En el 33-50% de los pacientes con TEP no se detecta trombosis venosa profunda por ecografía. La mayoría de embolismos submasivos son asintomáticos, aunque puede aparecer disnea súbita, taquicardia, taquipnea. En menos del 30% de los casos de TEP, en el ECG se observa el signo de SI, QIII, T negativa en derivación III, por lo que este signo siempre tiene que hacernos sospechar TEP, en ausencia de clínica.

Bibliografía

1. Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, et al. Executive summary: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2012;141(2 suppl):7s-47s.
2. Kline JA. Pulmonary embolism and deep vein thrombosis. En: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2014.

3. Wentz JJ. Pulmonary embolism. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine, 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2016 8.

Palabras clave: TEP. TVP.