



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

## 242/3256 - TEP BILATERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

K. Baldeón Cuenca<sup>a</sup>, M. García Aroca<sup>b</sup>, N. San Miguel Martín<sup>c</sup>, M. Madrid<sup>d</sup>, J. Bustamante Odriozola<sup>e</sup> y B. Coll Bas<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro-Isabel II. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 78 años. AP: HTA; DM2; DL, adenocarcinoma tubular infiltrante bien diferenciado de sigma. Acude a nuestra consulta de AP por disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos de dos semanas de evolución. Niega dolor torácico pero sí sensación de opresión con la disnea. No fiebre ni clínica infecciosa a ningún nivel.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: TA 178/89 mmHg, FC 103 lpm; T<sup>a</sup>: 35,6 °C. SaT O<sub>2</sub> basal 88%. BEG. Afebril. Eupneica en reposo y tranquila. Normocoloreada, normohidratada y normoperfundida. CyC no aumento de la PVY, no adenopatías palpables. AC: rítmico, no se auscultan soplos. AP: mvc, sin ruidos añadidos. ABD y EEII: normal. Analítica: hematimetría: leucocitos  $8,5 \times 10^3$ /L, hematíes  $4,79 \times 10^6$ /L, hemoglobina 12,0 g/dL, plaquetas  $270 \times 10^3$ /L, VPM 7,5 fL. Coagulación: dímero D 2.805 ng/mL. Troponina 0,22. Perfil tiroideo: TSH 2,45 mIU/L. Rx tórax, P-A y lat: normal. Doppler de miembros inferiores venoso sin evidencia TVP en territorio femoropoplíteo bilateral. TC arterias pulmonares: defectos de repleción a nivel de todas las arterias lobares bilaterales y alguna segmentaria en ambos lóbulos superiores en relación a tromboembolismo pulmonar agudo.

**Juicio clínico:** TEP bilateral segmentario paraneoplásico con disfunción miocárdica leve. Adenocarcinoma de sigma.

**Diagnóstico diferencial:** Shock cardiogénico. Disección aórtica torácica. Neumotórax. Taponamiento cardíaco. IAM.

**Comentario final:** La sintomatología de disnea en el contexto de antecedente neoplásico es una alarma frecuente para sospecha de tromboembolismo pulmonar que no podemos pasar por alto en la consulta de atención primaria ya que se estima un 30% de mortalidad por esta causa si no es tratado. Existen múltiples reglas de predicción clínica para el diagnóstico de TEP como la conocidísima Escala de Wells o el PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) que nos permiten iniciar un tratamiento ambulatorio si es necesario a la espera de completar los estudios hospitalarios. Para iniciar el tratamiento del TEP hemos de tener en cuenta el estado hemodinámico del paciente, la probabilidad de padecer TEP y su gravedad, así como el riesgo hemorrágico en caso de plantearnos realizar una fibrinólisis u otras intervenciones.

### Bibliografía

1. Barberà Mir JA, Rodríguez-Roisín R, Ballester Rodés E. Enfermedades vasculares del pulmón. Farreras-Rozman. Medicina interna.

**Palabras clave:** Disnea.