



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/500 - RELACIÓN DEL ASMA CON EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

J. Romero Palmer<sup>a</sup>, C. Vidal Ribas<sup>a</sup>, C. López<sup>b</sup>, M. Cruelles<sup>b</sup>, B. Marcos<sup>a</sup> y H. Pujo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santa Ponsa. Baleares. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ponsa. Baleares.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 50 años, acude a nuestra consulta por dificultad respiratoria. Explica incremento de su disnea habitual, (que normalmente es de medianos esfuerzos), sin síntomas de infección respiratoria (no resfriado, no tos, no expectoración, no fiebre). Antecedentes personales: fumador habitual, DTA 10 paq/año. No tiene el diagnóstico de EPOC. Asma bronquial. Tratamiento con salmeterol y salbutamol si precisa. Neumonía bibasal hace 2 años, con lesiones residuales diagnosticadas por TAC. Desde entonces disnea de medianos esfuerzos.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 128/80, FC 115, SatO2 89% (AA), T 36,9 °C. Auscultación respiratoria: hipofonesis generalizada con sibilancias y aumento de la frecuencia respiratoria. Peak flow: 650 l/min. ECG: bloqueo de rama derecha (no conocido).

**Juicio clínico:** Crisis de asma.

**Diagnóstico diferencial:** Al no responder al tratamiento habitual (3 nebulizaciones ventolin + atrovent y actocortina im) y evidente afectación respiratoria, pensamos que pudiera haber otra patología asociada. A pesar de no ver en el ECG la clásica morfología S1Q3T3, sí que observamos un bloqueo de rama derecha y la clínica puede ser compatible con tromboembolismo pulmonar. Puede ocurrir que al ser un paciente catalogado de asma, en episodio disneico no hagamos diagnóstico diferencial amplio, con lo cual estaríamos cometiendo un gran error.

**Comentario final:** Ante la sospecha clínica se remite al paciente a urgencias hospitalarias, donde se realizan las siguientes pruebas complementarias: Rx tórax: infiltrado bibasal. Analítica sanguínea: dímero D 289. Gasometría arterial: pH 7,47, PCO 25 mmHg, PO 48 mmHg, lact 2 mmol/l, HCO 20,4 mmol/l. TAC pulmonar: embolismo pulmonar izquierdo+ enfermedad intersticial pulmonar. Diagnóstico, tratamiento y evolución: embolia pulmonar, enfermedad pulmonar intersticial, hipocapnia respiratoria aguda. El paciente es ingresado en el área de Neumología y se administra tratamiento con heparina. La evolución es buena y el paciente puede volver a su domicilio en una semana. En pacientes con enfermedad pulmonar, tenemos que pensar siempre en la embolia pulmonar, especialmente si el paciente no responde al tratamiento convencional. Hay numerosos estudios que asocian asma con mayor probabilidad de tromboembolismo pulmonar (específicamente cuatro veces más riesgo).

### Bibliografía

1. Gallego Muñoz C. Prevalencia de tromboembolismo pulmonar en pacientes que ingresan por el servicio de urgencias con clínica de exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11232/>

**Palabras clave:** Asma. Embolismo pulmonar. Disnea.