



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/618 - PATOLOGÍA AGUDA GRAVE CON PRESENTACIÓN INSIDIOSA

E. Gómez Gómez-Mascaraque^a, Á. López Llerend^b, M. Rosa González^c, N. Arroyo Pardo^d, G. Molina Barriga^d y P. Montalvá García^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Hoyo de Manzanares. Madrid. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de la Cañada. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdezarza Sur. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años fumador, con antecedentes de trombosis venosa profunda hace 5 años y herniorrafia inguinal bilateral e hidrocele en la infancia sin tratamiento habitual, consulta por disnea progresiva hasta hacerse de moderados esfuerzos desde hace un mes, con empeoramiento en los últimos días y dolor costal derecho de características pleuro-mecánicas desde hace 24 horas. No fiebre ni clínica infecciosa respiratoria en la actualidad, aunque relaciona el inicio del cuadro con un episodio de gripe. Refiere sedentarismo importante. No otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 143/79 mmHg; FC: 109 lpm; FR: 18 rpm; SatO₂ basal: 97%. Exploración cardiopulmonar normal. Resto sin alteraciones. ECG normal. Rx tórax normal. Analítica: hemograma y coagulación normal, con dímero D 4,10 ?g/ml. Gasometría arterial: normal salvo gradiente pO₂(A-a) elevado (22,7 mmHg). Ante estos hallazgos y una puntuación de riesgo moderado en la escala de Wells se realizó un TC torácico que evidenció tromboembolismo-pulmonar (TEP) masivo y pequeño infarto pulmonar en lóbulo inferior derecho (LID).

Juicio clínico: TEP masivo y pequeño infarto pulmonar en LID.

Diagnóstico diferencial: EPOC, neumonía, shock cardiogénico, disección de aorta torácica, SCA, pericarditis, neumotórax, pleuritis, taponamiento cardiaco, crisis asmática, cuadro ansioso.

Comentario final: El diagnóstico de TEP resulta habitualmente difícil y constituye un desafío para el médico de Atención Primaria. La clínica es muy inespecífica, pudiendo presentarse dentro de un amplio espectro clínico: desde las formas silentes hasta el “cor pulmonale agudo”. Para establecer una sospecha clínica es fundamental atender a la presencia o no de factores de riesgo, constituyendo la consulta de Atención Primaria un escenario fundamental para su sospecha.

Bibliografía

1. Thompson BT, Kabrhel C. Overview of acute pulmonary embolism in adults. UptoDate, 2017.
2. Tapson VF. Treatment, prognosis, and follow-up of acute pulmonary embolism in adults. UptoDate, 2017.
3. Agnelli G, Becattini C. Acute Pulmonary Embolism. N Engl J Med. 2010.

4. Vaquero Barrios LM, Redel Montero J, Jiménez Murillo L. Tromboembolia pulmonar. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. 2015. p. 240.
5. Uresandia F, Blanquerb J, El Al. Guía para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la tromboembolia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2004.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Disnea. Sedentarismo.