



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3363 - TEP: DE LA SOSPECHA AL DIAGNÓSTICO

B. Martínez Moro^a, E. Ortega Hidalgo^b, Á. Hurtado de Mendoza Medina^c, M. Mejías Calderón^a, A. Jurado Carmona^a y V. Martínez Prieto^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Écija Chare. Sevilla. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Pilas. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 89 años, acude por sensación disnea de 12 horas de evolución. Disnea moderada, con la actividad, no limitante. Discomfort torácico asociado. Moderado recorte de diuresis sin edemas en mmii. AP: HTA (bien controlado). Insuficiencia aórtica ligera. Hipertrofia Ventrículo izquierdo moderada; Aurícula izquierda dilatada. Antiagregado con AAS.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes en centro de salud: TA 201/134; 87 lpm; SatO2 basal 94%. FR 23 rpm. ACR: rítmico a buena frecuencia sin soplos ni extratonos, MV conservado sin ruidos patológicos. EKG sinusal eje normal, 85 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización ni imágenes de bloqueo de rama. Rx. tórax: sin hallazgos. Ante los hallazgos, se deriva a urgencias hospitalarias para completar estudio, donde se realiza: Analítica: troponina T 54; seriación a las 4 horas 45; resto sin alteraciones. Escala Wells: 0 puntos; Ginebra Score revisado: 4 puntos (probabilidad intermedia de TEP). Ante la probabilidad intermedia para TEP, se realiza determinación de dímero D, resultado: 6,975. AngioTAC con contraste: tromboembolismo pulmonar agudo bilateral.

Juicio clínico: TEP agudo bilateral.

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar con el IAM, pericarditis, ICC, neumotórax, neumonías, pleuritis o taponamiento cardiaco, fundamentalmente.

Comentario final: El TEP puede presentar tanto una clínica muy típica y florida como una clínica más larvada, como sería el caso de nuestro paciente. Por ello es fundamental manejar las escalas de probabilidad pre-test a la hora de orientar el diagnóstico y solicitar PPCC. Hay estudios que determinan que la escala de Wells presenta mayor VPP, VPN, sensibilidad y es igual en especificidad a la escala de Ginebra; aunque ambas presentan una baja sensibilidad. Por otra parte, la determinación de dímero D permite excluir el diagnóstico de TEP si el resultado es negativo. Lo ideal, en la práctica clínica, sería la aplicación de ambas escalas, junto con la determinación de dímero D, cuando la probabilidad pres-test sea moderada-alta en alguna de las escalas.

Bibliografía

1. Lekerika N, Arana-Arri E, García Montero A, et al. Probabilidad clínica de tromboembolismo pulmonar: beneficio diagnóstico de las escalas de predicción y de los dímeros D. Emergencias. 2014;26:243-50.

-
2. Uresandi F, Blanquer J, Conget F, et al. Guía para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la tromboembolia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2004;40(12):580-94.

Palabras clave: TEP. Wells Score. Genebra Score.