



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

## 242/1908 - CUANDO WELLS NOS DICE QUE NO

J. Lechuga Martos<sup>a</sup>, P. Matías Soler<sup>b</sup>, M. Catalán Montero<sup>c</sup>, M. Peiró-Camaró Adán<sup>a</sup>, M. Perea Casado<sup>d</sup> y R. Yera Cano<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espronceda. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud General Fanjul. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 80 años, consulta por disnea de 10 días de evolución. Ha ido aumentando progresivamente hasta hacerse de reposo, incluso con la conversación. Niega datos compatibles con clínica infecciosa. No limita ni impide el sueño. No presenta disnea paroxística nocturna. No ha presentado inmovilización previa. No otros factores desencadenantes. Niega síndrome constitucional. No otra sintomatología asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 36,2 °C. TA: 160-90 mmHg. FC: 75 lpm. Sat basal O<sub>2</sub>: 94%. AC: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. AP: murmullo vesicular disminuido globalmente, sin ruidos sobreañadidos. EEII: pulsos pedios conservados. No edemas. Signos negativos para TVP. Radiografía tórax: pinzamiento de senos costodiafragmáticos laterales y posteriores. Mínimo engrosamiento de cisura mayor, visible en la proyección lateral. Elongación aórtica. Cambios degenerativos en columna. EKG: ritmo sinusal a 68 lpm. Eje izquierdo. HBAI. QRS estrecho. No alteraciones de la repolarización. T negativa en III.

**Juicio clínico:** Disnea a estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía. Hemorragia pulmonar. Aspiración. Broncoespasmo. Derrame pleural. Neumotórax. TEP. Edema pulmonar cardiogénico. Edema pulmonar no cardiogénico. Síndrome de distrés. Hiperventilación por ansiedad. Acidosis metabólica.

**Comentario final:** La paciente se derivó a Urgencias Hospitalarias para realización de pruebas complementarias. Gasometría arterial basal: pH: 7,44, pCO<sub>2</sub> 37, pO<sub>2</sub> 64, Lac 1,0 HCO<sub>3</sub> std 25,7. Analíticamente no presentaba alteraciones salvo un D-dímero de 5.280 ng/ml. Ante T negativa en III y hallazgos analíticos se solicita realización de TAC que objetiva defectos de repleción bilaterales compatible con tromboembolismo pulmonar bilateral. Según estudios de autopsias, en la mayoría de las muertes por TEP ésta no se sospechaba antes del fallecimiento, por lo que aún está infradiagnosticada. Queda por tanto como piedra angular, la sospecha clínica para diagnosticar este proceso en pacientes, que no cumplen criterios de las diferentes escalas diagnósticas como era el caso de nuestra paciente. No se diagnostica lo que no se conoce, o mejor dicho, lo que no se piensa.

### Bibliografía

1. Díaz de Atauri MJ, Rodríguez de los Ríos JM, et al. Protocolo diagnóstico de la insuficiencia respiratoria crónica. Medicine. 2002;8(74):4018-20.
2. Bergardá García J, Riera Sagrera. Protocolo diagnóstico de disnea aguda. Medicine. 2001;8(49):2605-8.
3. De Miguel J, Nieto MA. Disnea. En: Villasante C. Enfermedades respiratorias Editorial Aula Médica. Madrid 2002. p. 143-52.

**Palabras clave:** Disnea. Tromboembolismo. TEP. D-dímero.