



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4546 - DISNEA Y DOLOR DE PIERNA ENMASCARAN TEP

I. Machio Sosa^a, S. González Rodríguez^a, M. Pinilla de Torre^b, M. Pinilla de Torre^c y J. Murillo Montes^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano A. Sevilla. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla. ^cMédico Residente de 3er año de Medicina Intensiva. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano A. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 70 años con los siguientes antecedentes: gonartrosis bilateral, trombosis venosa superficial derecha en 2010, insuficiencia venosa periférica. Realiza tratamiento con lorazepam, pentoxifilina, Aspirina. Consulta en su centro de salud porque desde hace 10 días presenta aumento progresivo de disnea hasta hacerse a mínimos esfuerzos, junto con dolor en miembro inferior derecho no limitante. Previamente había presentado clínica catarral consistente en mucosidad y tos. Niega otros síntomas ni inmovilizaciones ni cirugía previa. Fue derivada al hospital donde se le realizó determinación de D-Dímeros resultando elevados. Posteriormente se solicitó angio-TAC objetivando tromboembolismo pulmonar bilateral en arterias principales. Se pautó tratamiento con enoxaparina y pauta de anticoagulación. Se le realizó ecografía doppler en miembro inferior derecho detectado trombosis venosa profunda. La paciente presentó una buena evolución con el tratamiento pautado, siendo dada de alta y citada en consultas externas.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consiente, orientada y colaboradora. Eupneica, bien perfundida e hidratada. Hemodinámicamente estable. No focalidad neurológica. Independiente para sus actividades. Auscultación cardiaca normal. Auscultación pulmonar con leve disminución del murmullo vesicular bilateral. Miembro inferior derecho con moderado incremento de la temperatura pero sin empastamiento, edema ni enrojecimiento. Pulsos distales conservados de forma bilateral. Analítica: D-dímeros: 10.467. Angio-TAC pulmonar: Tromboembolismo bilateral en arterias pulmonares principales. Ecografía doppler: Trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho.

Juicio clínico: Tromboembolismo bilateral en arterias pulmonares principales.

Diagnóstico diferencial: Neumonía. Reagudización EPOC. Edema agudo de pulmón. Insuficiencia cardiaca aguda. Tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: Ante una paciente con disnea aguda, debemos pensar en el tromboembolismo pulmonar como primer diagnóstico, por su importancia y gravedad.

Bibliografía

1. De Gregorio M, Guirola J, Lahuerta C, Serrano C, Figueredo AL, Kuo WT. Interventional radiology treatment for pulmonary embolism. World J Radiol. 2017;9(7):295-303.

2. Haac BE, O'Hara NN, Mullins CD, Stein DM, Manson TT, Johal H, et al. Patient preferences for venous thromboembolism prophylaxis after injury: a discrete choice experiment. *BMJ Open*. 2017;7:e016676.
3. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

Palabras clave: Embolia pulmonar. Disnea. Tos.