



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3594 - EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP), EL GRAN ENEMIGO DEL MÉDICO

T. Iglesias Suárez^a, F. González García^a, B. Haro Martínez^a, P. Fernández Pérez^b, I. García Terán^a y L. Moreno Suárez^a

^aMédico de Familia. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Hombre 40 años. Deportista. Fumador 15 cig/día. No otros FRCV. Segunda visita a Urgencias por dolor brusco en costado derecho de 72h de evolución, que empeora con la inspiración profunda y se acompaña de tos con expectoración con escasos restos hemoptoicos. Disnea que progresa hasta hacerse de moderados esfuerzos. No fiebre. No traumatismos ni inmovilización.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36,6 °C. TA: 102/60. FC: 72 lpm. SatO₂: 98%. CyOx3. Normocoloreado, normoperfundido. Eupneico en reposo. CyC: no adenopatías. Tórax: AC: rítmica, sin soplos. AP: leve hipoventilación en base derecha, resto MVC. Abdomen: anodino. EEII: no edemas, no datos de TVP. Pulsos OK. Coagulación: AP: 79,00%, INR: 1,16, dímero D: 3.715 ng/ml. Hematimetría: hemáties: 4,58 Hb: 13,60, Htco: 41,60, Leuc: 10,40 × 1.000, Gran: 70,20 Linf: 14,50. Plaq: 161 × 1.000. Bioquímica: Glu: 74, urea: 30, Creat: 0,78, Na+: 140, K+: 4,2. TFG: > 60. Rx tórax: no lesión ósea, no infiltrados ni condensaciones. Angio TAC: defecto de repleción en art. pulmonar descendente derecha y ramas más distales del segmento lateral y posterobasal del LID compatibles con TEP. Atelectasia basal posterior y mínimo derrame pleural.

Juicio clínico: TEP.

Diagnóstico diferencial: Osteomuscular. Pleurítico (neumotórax, neumonía, derrame pleural). Tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: El dolor torácico y la disnea son dos de los motivos de consulta más frecuentes en cualquier ámbito sanitario, no obstante, sigue suponiendo un reto diagnóstico tanto en la consulta de Atención Primaria como en las Urgencias hospitalarias. En este caso, un tromboembolismo pulmonar, en paciente joven, sin factores de riesgo y sin factores predisponentes, en el que las escalas de probabilidad clínica (Regla de Wells, Criterios de Ginebra o los criterios PERC) nos hubieran hecho pensar que es improbable. Por lo tanto, una vez descartados otros diagnósticos diferenciales, sólo podremos diagnosticar un TEP, si lo sospechamos.

Bibliografía

1. Riera-Mestre A, Trujillo Santos J. Actualización en Embolia Pulmonar. Thrombosis Medicine. 2017.
2. Juretschke Moragues MA, Barbosa Ayúcar C. Tromboembolismo pulmonar. Monografías NeumoMadrid. Doyma.

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: TEP. Disnea. Dolor torácico.