



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



242/2189 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Morato Lorenzo^a, M. Cerezo Castañeda^b y A. Díaz Romero^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando.

Resumen

Descripción del caso: No RAMc. No HTA. No DM, NO DLP. No fumador ni otros factores de riesgo cardiovascular. Hiperplasia benigna de próstata. Independiente para ABVD. Tratamiento habitual tamsulosina 0,4 mg/día. Motivo de consulta: varón de 79 años que es traído al Centro de Salud en una ambulancia convencional por disnea. Previamente había sido atendido en su domicilio por el Servicio medicalizado de Urgencias al que avisó por dificultad respiratoria siendo diagnosticado de crisis de ansiedad. Al llegar a nuestro Centro de Salud el paciente refiere disnea de mínimo esfuerzo desde hacía 4-5 días con empeoramiento en el día de la consulta sin ninguna otra sintomatología acompañante. Tras la valoración se envía al Hospital de Referencia por sospecha de tromboembolismo pulmonar.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. COC. BHyP. Con cierta inquietud. Disnea de mínimo esfuerzo (acude a consulta en silla de ruedas). ACP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Tonos rítmicos sin soplos audibles. Abdomen sin hallazgos valorables. MMII: sin hallazgos. SatO₂: 90%. EKG: en ritmo sinusal a 110 lpm. En hospital se realiza: Analítica: a destacar leucocitos 13.810 (NT 84,4%), DD > 20. Rx tórax: sin signos sugestivos de sobrecarga o insuficiencia derecha. AngioTC tórax: TEP masivo bilateral central. Lesión compatible con infarto pulmonar en LSD. Eco-doppler de MMII: no TVP. Eco abdomen: normal. ETT: VI con función sistólica global y segmentaria conservada.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar masivo bilateral central. Infarto pulmonar en LSD.

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad vs TEP.

Comentario final: Expongo este caso para resaltar la importancia que tiene la sospecha de TEP en una consulta de Atención Primaria, ya que en múltiples ocasiones es posible confundirla con crisis de ansiedad por ser una patología más común. Se destaca la necesidad de prestar atención a detalles en la exploración tales como la saturación de oxígeno y la mínima taquicardia en un paciente sin ningún factor de riesgo para TEP.

Bibliografía

1. Konstantinides S, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galiè N, et al. Guía de práctica clínica de la ESC 2014 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la embolia pulmonar aguda. Rev Esp Cardiol. 2015;68(1):64.

Palabras clave: Embolia pulmonar. Disnea.