Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3274

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4193 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Jiménez Ganado[a], S. Zarza Martínez[b] y C. Díaz del Campo Calahorra[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarta de San Juan. Ciudad Real.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Arenas de San Juan. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años, exfumador, con HTA controlada y resección transuretral por tumor vesical hace 7 años en remisión completa. Acude por taquicardia y disnea de moderados esfuerzos de 2 horas de evolución. Niega dolor torácico ni cuadro catarral. Refiere cuadro gastrointestinal los días previos con 10 deposiciones/día, sin productos patológicos ni fiebre. No otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Centro de Salud: Exploración: TA 115/85 mmHg, FC 116 lpm, SatO2 88%, Afebril. AC: rítmico a 120 lpm sin soplos. AP: MVC sin ruidos añadidos. MMII: pulsos palpables y simétricos, no edemas, no signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 120 lpm, eje a 90º. BRD. Patrón SIQIIITIII. Sin otros hallazgos. Escala Wells: probabilidad moderada (4,5). Hospital. Analítica: TpIc 0,07; gasometría arterial (con GN a 3 lpm): SatO2 92%, pH 7,514, pCO2 28,5, pO2 59, BE-B 1,3, HCO3 22,8, lactato 1,5. Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos. AngioTAC torácico: signos de TEP bilateral, afectando a arteria pulmonar izquierda y ramas periféricas, bifurcación de la arteria pulmonar derecha y lobar descendente derecha. Ecocardiograma: compatible con la normalidad. Refiere haber presentado unos días antes clínica compatible con TVP en MII. Escala Wells 7,5 (probabilidad alta).

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral.

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar: disnea brusca, taquicardia y patrón electrocardiográfico compatible. Insuficiencia cardíaca: HTA tratada, presenta disnea, no edemas ni crepitantes en AP. Broncoespasmo: no se auscultan sibilantes. Deshidratación: cuadro gastrointestinal previo. No signos cutáneos/mucosos compatibles. No alteraciones iónicas. Síndrome coronario agudo: no movilización de enzimas cardíacas significativas.

Comentario final: El TEP es una patología frecuente (prevalencia 0,38/1.000 habitantes/año). Primera causa de muerte intrahospitalaria prevenible, y la tercera de morbimortalidad cardiovascular. Es esencial la sospecha clínica, por la anamnesis y ECG para un diagnóstico y tratamiento precoz, como fue en nuestro caso, que permitió que fuese tratado y dado de alta en un corto periodo de tiempo sin secuelas.

Bibliografía

1. Thompson T, Kabrhel C. Overview of acute pulmonary embolism in adults. UpToDate, 2017.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.

3. Aicart JC. Resimecum. Manual de diagnóstico y tratamiento dirigido al residente de medicina familiar y comunitaria.. Madrid: Ediciones Semergen; 2016.
4. Julián Jiménez A. Manual de protocolos y actuación en urgencias, CH de Toledo, 4ª ed. Toledo: Sanidad y Ediciones, S.L (SANED); 2014.

Palabras clave: Disnea. Taquicardia. TEP.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.