



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2746 - DISNEA EN PACIENTE JOVEN

A. Torres Gómez<sup>a</sup>, J. Vizán Caravaca<sup>b</sup>, L. Hernández Vélez<sup>c</sup> y S. López García<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Interna. Centro de Salud Albaicín-Granada. Motril. Granada. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 51 años que acudió a su médico de atención primaria por sensación disneica de 2-3 días de evolución, refiriendo en las últimas horas empeoramiento franco de su disnea con dolor torácico asociado a síntomas vegetativos, y palpitaciones. Relataba como antecedente de interés, fractura de segundo metatarsiano (derecho), con inmovilización prolongada (dos meses) y heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica. Ante la clínica descrita, junto a los antecedentes descritos, fue derivado por su médico de atención a primaria a urgencias por alta sospecha de tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA).

**Exploración y pruebas complementarias:** Al explorarlo, destacaba ritmo taquicárdico a 150 lpm, taquipnea a 25 rpm, frialdad cutánea y gran sudoración, con tensiones arteriales de 110/70 mmHg. Además, no se apreciaron signos de trombosis venosa profunda (TVP) en miembros inferiores. Ante los síntomas relatados y los datos obtenidos en la exploración, la sospecha clínica era de TEPA sin poder descartar síndrome coronario agudo o patología pleural. Respecto a las pruebas complementarias, se le realizó radiografía de tórax, electrocardiograma, con signos de sobrecarga derecha y ecocardiografía cardiaca con TAPSE 16. En la analítica, destacaba: dímero D muy elevado, troponina I ultrasensible 321 pg/mL y PCR 69 mg/dl con hipoxemia en GSA. Se realizó angioTC objetivándose tromboembolismo pulmonar masivo, decidiéndose ingreso en UCI ante la repercusión hemodinámica, realizándose fibrinolisis. Tras dos días de evolución favorable, se derivó a planta, donde se le realizó ecografía doppler de miembros inferiores, confirmando trombosis de vena femoral profunda y safena de miembro inferior derecho, así como estudio de trombofilia que resultó negativo.

**Orientación diagnóstica:** Tromboembolismo pulmonar masivo con repercusión hemodinámica por inmovilización prolongada.

**Diagnóstico diferencial:** Infarto agudo de miocardio. Tromboembolismo pulmonar agudo. Patología pleural.

**Comentario final:** El TEP es una patología en ocasiones infradiagnosticada, que se debe sospechar en todo paciente con clínica disneica de rápida instauración, que asocie antecedentes de fracturas y/o TVP. Hasta el 70-80% de los casos de TEP se demuestra una TVP, asintomática, como este caso.

### Bibliografía

1. Bauer KA, Lip GYH, Leung LLK. Overview of the causes of venous thrombosis. UptoDate, 2017.

**Palabras clave:** Tromboembolismo pulmonar masivo.