



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2964 - DISNEA SUBAGUDA

M. Gómez Valenzuela<sup>a</sup>, M. Sánchez Fernández<sup>b</sup>, C. Hernández Pérez-Molera<sup>c</sup> y M. Quirante Melgarejo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Ñora. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 70 años que presenta disnea de moderados-leves esfuerzos de 3 días de evolución acompañado de náuseas, diarrea, malestar general y dolor abdominal difuso. La disnea progresó hasta hacerse de mínimos esfuerzos por lo que consulta en atención primaria. Antecedentes médicos: estenosis aórtica, ielofibrosis postrombocitemia esencial, prótesis aórtica biológica en 2016, neoplasia de colon en 2011, en remisión.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 36,6 °C, TA: 107/65, FC: 68 lpm, SatO<sub>2</sub> 92%. AC: rítmico sin soplos, chasquido de apertura válvula aórtica. AP: MVC. MMII: edema sin fóvea bilateral, no signos de TVP ni IVC. Pulsos pedios y poplíticos conservados. ECG: ritmo sinusal a 65 lpm. Eje 30-60°. QRS estrecho. Patrón S1Q3T3. Analítica: proBNP 10.929, PCR 1,72. Coagulación: INR 0,98, fibrinógeno 430, dímero D 2.562. Gasometría venosa: pH 7,40, pCO<sub>2</sub> 40, pO<sub>2</sub> 38, cHCO<sub>3</sub> 24, satO<sub>2</sub> 62,4%. Rx de tórax: normal. Ecocardiograma TT: hipertensión pulmonar grave. Ecografía doppler de MMII: sistema venoso profundo permeable. TAC arterias pulmonares: TEP bilateral con afectación de ramas lobares y segmentarias. La paciente queda ingresada iniciándose tratamiento con heparina.

**Orientación diagnóstica:** En paciente con disnea súbita, edad avanzada, antecedentes de cáncer, cirugía cardíaca, debemos sospechar TEP.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Infarto agudo de miocardio. 2. Taponamiento cardíaco. 3. Neumotórax a tensión. 4. Disección de aorta. 5. Edema agudo de pulmón.

**Comentario final:** El TEP es la tercera causa de muerte hospitalaria y sin tratamiento tiene una mortalidad de hasta 30%. Es una patología con una clínica variable, silente e inespecífica, de difícil diagnóstico. Esta dificultad diagnóstica demanda una sospecha elevada por parte del clínico. Las pruebas complementarias son útiles para el diagnóstico, entre las que se encuentra el ECG, radiografía de tórax, gasometría, dímero-D y arteriografía. Aunque el ECG en el TEP no es una prueba con alta sensibilidad ni especificidad, podemos encontrar alteraciones que aumenten la sospecha diagnóstica.

### Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

**Palabras clave:** Embolia pulmonar. Disnea. Electrocardiografía.