

347/2901 - DOCTOR, ME VA A MATAR LA ANSIEDAD

N. Aguilar Lorente^a, J. Zieleniewski Centenero^b, A. Castañeda Pérez-Crespo^a y P. Andújar Brazal^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Profesor Jesús Marín López. Molina de Segura. Murcia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Visatalegre-La Flota. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años sin FRCV ni AP de interés salvo síndrome ansioso depresivo, de un año de evolución, en seguimiento por Psiquiatría y tratamiento farmacológico con escitalopram, que consulta en Atención Primaria por disnea de moderados esfuerzos de inicio insidioso, astenia intensa y dolor torácico atípico de una semana de evolución. Se realiza anamnesis y EF con hallazgos anodinos por lo que impresiona de sintomatología ansiosa. El paciente realiza nueva consulta en Urgencias a la semana ante empeoramiento clínico: disnea de mínimos esfuerzos y de reposo, dolor retroesternal sin irradiar punzante continuo y sin cortejo vegetativo, astenia con hiporexia. No sintomatología infecciosa ni fiebre. No reposo absoluto, ni cirugías previas ni toma de nuevos fármacos. No consumo tóxicos. No situación estresante concomitante. No AP de coagulopatías. Se calcula E. Wells obteniendo una puntuación de 4,5.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales: FR 25 rpm, SatO2 93% basal, FC 125 lpm. Auscultación cardiaca y pulmonar: rítmico, tonos disminuidos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen normal. En miembros inferiores: no datos de TVP. Pulsos femorales presentes y simétricos. Analítica sanguínea: dímero D 3.500. ECG: taquicardia sinusal, S1Q3T3. Rx tórax PA y LAT: normal. AngioTC de arterias pulmonares: TEP masivo bilateral con datos de sobrecarga cardíaca derecha.

Orientación diagnóstica: TEP.

Diagnóstico diferencial: IAM, EAP, neumonía, neumotórax, taponamiento cardíaco, ansiedad.

Comentario final: El TEP constituye un desafío para el profesional médico dada su gran variabilidad clínica, por lo que el uso de algoritmos diagnósticos y scores que determinan la probabilidad pretest pueden ser de gran utilidad. La longitudinalidad que caracteriza a Atención Primaria debe constituir una herramienta fundamental para el control evolutivo ante la mínima sospecha y no debe interferir en el proceso diagnóstico el conocimiento de otros antecedentes personales.

Bibliografía

1. Morales-Blanhir JE, Salas Pacheco JL, Rosas Romero MJ, et al. Diagnóstico de Tromboembolia Pulmonar. Arch Cardiol Mex. 2011;81:126-36.
2. Thompson BT, Kabrhel C. Overview of acute pulmonary embolism in adults. UpToDate.
3. Stein PD, Beemath A, Matta F, et al. Clinical characteristics of patients with acute pulmonary embolism: data from PIOPED II. Am J Med. 2007;120:871.

Palabras clave: Tromboembolismo. Ansiedad. Disnea.