

347/3638 - DISNEA TRAS UN LARGO VIAJE

M. Canino Byreing^a, D. Fernández Luzua^b, P. Suárez Betancor^c y P. Concepción Acosta^d

^aMédico de Familia. Hospital General de la Palma. Islas Canarias. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de los Llanos de Aridane. Isla de La Palma. Islas Canarias. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Mazo. Isla de La Palma. Islas Canarias. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Periférico Breña Baja. Isla de La Palma. Islas Canarias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 82 años, con antecedentes de DM2, dislipemia, HTA e insuficiencia venosa crónica. Acude al centro de salud por disnea y opresión torácica. Refiere haber hecho un vuelo a Madrid hace 5 días, con retraso en el aeropuerto, presentando disnea desde entonces, de pequeños esfuerzos, así como “agotamiento”, que empeora a las 24 horas con un cuadro de náuseas, un vómito y sudoración profusa. En el momento de la anamnesis no presenta dolor precordial pero continúa disneica.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada, normohidratada y normocoloreada. Taquipneica en reposo. Estable hemodinámicamente. No impresiona de gravedad. No focalidad neurológica ni signos meníngeos. No signos de hipertensión venosa ni signo de Kussmaul. Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. Miembros inferiores: signos de insuficiencia venosa crónica, con cambios tróficos. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda, dolor a la palpación posterior de miembro inferior derecho. Electrocardiograma: patrón S1Q3T3 a 100 lpm. Ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) se trata inicialmente con enoxaparina 80 mg (1 mg kg/peso) y se deriva al Servicio de Urgencia del Hospital. Analítica: elevación del dímero D de 12.340 ng/ml, gasometría arterial (alcalosis respiratoria compensada: pH 7,42, pO₂ 62 mmHg, CO₂ 21,1 mmHg, HCO₃- 22,2 mmHg). Radiografía tórax PA: normal. AngioTAC tórax: TEP masivo con signos de sobrecarga del ventrículo derecho.

Orientación diagnóstica: Tromboembolismo pulmonar (TEP).

Diagnóstico diferencial: Angina de pecho inestable. TEP.

Comentario final: La sospecha de TEP en atención primaria y su derivación al hospital de referencia con tratamiento inicial, específico, con heparina de bajo peso molecular, antes de la confirmación diagnóstica en pacientes con riesgo moderado o alto de TEP pretest (según el sistema de Wells original o simplificado más criterio clínico del médico -el cual es aún más importante que las escalas-) mejora el pronóstico de esta enfermedad.

Bibliografía

1. Vaquero Barrios JM, et al., Tromboembolia Pulmonar. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5^a ed. Barcelona:

Elsevier, 2015.

2. Hospital Universitario 12 de Octubre. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7^a ed. 2012.

Palabras clave: Disnea. Tromboembolismo pulmonar.