



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3886 - CUANDO LA DISNEA NO ENCAJA EN EL PUZLE

A. Cuvillo Mergelina<sup>a</sup>, C. Quirós Ambel<sup>b</sup>, C. Escalona García<sup>c</sup> y L. Pache Ferrero<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Urbano I. Mérida. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Ronque. Badajoz. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 66 años que consulta a su médico de atención primaria por disnea de moderados esfuerzos de 3-4 días de evolución. La clínica no se acompaña de fiebre, expectoración, ortopnea, recorte de diuresis o edemas de miembros inferiores.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física únicamente destaca en la auscultación cardiaca una taquicardia rítmica a 110 lpm. En la auscultación pulmonar existe murmullo vesicular conservado, no hallándose ruidos sobreañadidos, manteniendo una saturación basal de 95%. En miembros inferiores no se visualizan edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Se realiza un electrocardiograma, que demuestra una taquicardia sinusal a 110 lpm, con inversión de onda T de V1-V4. Ante los hallazgos obtenidos se decide derivación al servicio de Urgencias, donde se solicita una Radiografía de tórax, en la que se observa cardiomegalia a expensas de ventrículo derecho. Asimismo se demanda una analítica en la que todos los parámetros se encuentran dentro de la normalidad, incluyendo hemograma, coagulación, perfil hepato-renal, lipídico, hormonas tiroideas, LDH, iones, glucosa y estudio genético de trombofilia. Por último se solicita un TC de tórax que documenta tromboembolismo pulmonar bilateral con signos de sobrecarga derecha.

**Orientación diagnóstica:** Tromboembolismo pulmonar.

**Diagnóstico diferencial:** Tromboembolismo pulmonar. Insuficiencia cardiaca. Infección respiratoria. Neumotórax. Hipertensión pulmonar.

**Comentario final:** La presentación clínica del tromboembolismo pulmonar es muy variada, y se presenta con síntomas muy inespecíficos, como son la disnea, el dolor torácico, la tos... Incluso en algunas ocasiones debuta como un síncope o con fiebre. Es por ello que es importante sospecharlo, en caso de que una disnea no encuadre dentro de una infección respiratoria o una insuficiencia cardíaca, o un dolor torácico no parezca un síndrome coronario agudo, es ineludible, por su frecuencia y por tratarse de la primera enfermedad mortal intrahospitalaria prevenible, pensar en la posibilidad de que se trate de un tromboembolismo pulmonar e incluirlo en el diagnóstico diferencial.

### Bibliografía

1. Guía de práctica clínica de la ESC 2014 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la embolia pulmonar aguda. Revista Española de Cardiología. 2015;68(1):64.

**Palabras clave:** TEP. Enfermedad tromboembólica.