

424/3875 - UTILIDAD DE LA ESCALA WELLS Y PERC ANTE SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

V. Muñoz Martín¹, R. Enríquez de Salamanca Gambara², E. Castro Portillo¹ y E. Hernández Pérez¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Valladolid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias I. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 63 años con antecedentes personales de HTA y fumador de 10 paquetes/año. Acude a urgencias refiriendo astenia, disnea de 5 horas de evolución de medianos esfuerzos y tos. Niega fiebre ni otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 155/89, FC: 120 lpm, SatO2 94%. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos, murmullo vesicular disminuido generalizado sin otros ruidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias, Murphy y Blumberg negativos. Analítica: hemograma sin alteraciones, hemoglobina 15,6 g/dL; hematocrito 40%; plaquetas 300.000/µL; INR 1,18, iones y función renal sin alteraciones; dímero D 620 ng/ml. Rx tórax: índice cardiotorácico dentro de límites normales, discreta imagen de mayor condensación poco definida en base derecha sin otras alteraciones.

Orientación diagnóstica: Ante un paciente de estas características debemos descartar un tromboembolismo pulmonar (TEP). Para ello disponemos de la escala de Wells (predicción clínica de TEP/TVP) y criterios de PERC (si embolismo pulmonar poco probable) para la predicción clínica de TEP/TVP. En este caso el paciente tendría una baja probabilidad de TEP/TVP aunque no reuniría todos los criterios PERC, por lo que estaría indicado realización de dímero D. Al arrojarnos un valor superior a 500, el angio-TAC debería de ser el siguiente paso.

Diagnóstico diferencial: Ante una disnea súbita deberíamos considerar una crisis asmática, infarto agudo de miocardio o un edema agudo de pulmón dependiendo la clínica del paciente, pruebas analíticas y de imagen.

Comentario final: Las escalas de predicción clínica guían en este maremágnum de síntomas. Hay que tener en cuenta las distintas posibilidades diagnósticas y valorar a cada paciente de manera individualizada para poder orientar el diagnóstico. La escala de Wells y PERC, en este caso, resultan muy útiles a la hora de guiar esta sospecha clínica y poder actuar correctamente.

Bibliografía

1. Geersing GJ, Zuithoff NPA, Kearon C, Anderson DR, Ten Cate-Hoek AJ, Elf JL, et al. Exclusion of deep vein thrombosis using the Wells rule in clinically important subgroups: Individual patient data meta-analysis. BMJ. 2014;g1340.
2. Steer P, Nader A, Ostler A, Malik O, Prior R, Scru J. Computer algorithm compared with routine clinical practice in screening for deep venous thrombosis in the leg in an emergency department.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Disnea. Decisión clínica.