



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/201 - DISNEA AGUDA: ¿EN QUÉ DEBEMOS PENSAR?

M. Aguado de Montes¹, A. Adrada Bautista² y A. González López³

¹Médico de Familia. Centro de Salud San Pablo. Sevilla. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla. ³Médico de Familia. Centro de Salud Amante Laffón. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años, deportista habitual (ciclismo), sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos. FA paroxística sin cardiopatía estructural (CHA2DS2-VASc 0). No toma medicación de forma habitual. Consulta por disnea de esfuerzos. Refiere episodio de disnea súbita hace 3 días durante el descanso, 10-15 minutos de duración, no asociado a dolor centrotorácico, palpitaciones ni cortejo vegetativo. Al día siguiente episodio similar mientras montaba en bicicleta, motivo por el cual acudió a urgencias de Centro de Salud: descartan patología de urgencia. A esta sintomatología se añade esputos hemoptoicos, sudoración nocturna, astenia y anorexia, por lo que consulta con su médico.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Eupneico. Afebril. Sat O₂ 98%. ACP: rítmico a buena frecuencia, MV conservado, no ruidos patológicos. MMII: no edemas ni signos de TVP. Se solicita ECG (normal) y Rx de tórax: imagen nodular en lóbulo pulmonar inferior derecho. Ante hallazgo patológico, contactamos con Neumología: citan de forma urgente en sus consultas, completando estudio con analítica (elevación Pro-BNP y dímeros-D) y TAC de tórax (lesión triangular en base pulmonar derecha sugestiva de infarto pulmonar. Defecto de repleción arteria pulmonar derecha e izquierda. Hallazgos sugerentes de TEP bilateral).

Orientación diagnóstica: Tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral idiopático.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia pulmonar, Insuficiencia cardiaca, TEP, Infección de vías respiratorias, Arritmia cardiaca.

Comentario final: En Atención Primaria, donde las pruebas complementarias son limitadas, es importante considerar siempre la sospecha clínica de TEP dentro de las causas de disnea aguda, ya que es patología frecuente con alta morbilidad y gran variabilidad clínica. A través de nuestro caso se pretende destacar la relevancia de la presunción de esta patología, incluso en ausencia de factores de riesgo. En el caso de nuestro paciente, se cursa ingreso en planta de Neumología e inicia tratamiento anticoagulante con heparina. Buena evolución clínica y posterior seguimiento en consultas externas, pasando a anticoagulación oral con rivaroxabán.

Bibliografía

- Rotaecho R, González A, Lobo JL. Tromboembolismo pulmonar. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/tromboembolismo-pulmonar/2012> [22 de mayo de 2019].

Palabras clave: Disnea. Diagnóstico diferencial. Tromboembolia.