



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/986 - SÍNDROME CONFUSIONAL EN ANCIANO, NO SIEMPRE ES UNA INFECCIÓN DE ORINA

I. Ojeda Cuchillero¹, A. Molero Arcos¹, V. París Fuertes² y S. Piza Arnau²

¹Médico de Familia. CAP La Gavarra. Cornellà de Llobregat. Barcelona. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS La Gavarra. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 86 años Antecedentes patológicos: diabetes mellitus 2, dislipemia, enfermedad de Alzheimer, trombosis venosa profunda (TVP), portadora del gen homocigoto del factor V de Leyden. Presentaba clínica de 1 mes de evolución de astenia, pérdida de fuerza, episodios presincopales y deterioro funcional. No fiebre, no síndrome miccional, no síntomas digestivos ni respiratorios. Consultó en ABS donde se orientó como Neumonía y se trató con antibiótico, realizó una segunda consulta en urgencias hospitalarias donde se orientó como secundaria de Alzheimer e interacciones farmacológicas (1 mes antes su neurólogo le había introducido memantina) y una tercera visita a urgencias donde se le detectó una infección del tracto urinario y un debut de arritmia cardiaca por fibrilación auricular (ACXFA) con CHADS-VASC 4 y se anticoagula con warfarina.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura: 36 °C, FC117 x', TA 110/47 mmHg, SatO2: 96%. Auscultación respiratoria: crepitantes base derecha, no signos de TVP. Análisis: leucocitos: 17.730, proteína C reactiva (PCR): 80,13 mg/L (3) Rx tórax: normal. ECG: ritmo sinusal, eje QRS 30°, Q3T3 con dudosos S1 ECG: ACXFA a 135 ECG: ritmo sinusal, T negativas profundas V1-V6 y patrón S1Q3. Sedimento: patológico. Urocultivo: negativo. Hemocultivo: negativo. Ecocardiografía: ventrículo izquierdo no dilatado, sin hipertrofia, fracción de eyección conservada (71%), sin alteraciones segmentarias. HTA pulmonar moderada (PAPs estimada 53 mmHg). Gammagrafía pulmonar ventilación/perfusión: compatible con tromboembolismo pulmonar (TEP).

Orientación diagnóstica: Se realizaron diferentes diagnósticos en las sucesivas visitas a urgencias. En la visita con su médico de atención primaria para control evolutivo se integra la paciente. Destacan las alteraciones electrocardiográficas, con un ECG de base normal que evoluciona a un patrón S1Q3 y T profundas en toda la cara anterior que plantean la posibilidad de cardiopatía isquémica pero con una ecocardiografía sin alteraciones segmentarias y con hipertensión pulmonar. Dado el antecedente de TVP y portadora del gen homocigoto del factor V de Leyden se planteó la posibilidad de TEP y se solicitó gammagrafía pulmonar ventilación/perfusión que confirmó el diagnóstico de TEP.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, interacción farmacológica, ITU, cardiopatía isquémica, TEP.

Comentario final: Este caso refleja la complejidad diagnóstica por la poca expresividad clínica del paciente anciano y el papel fundamental de la atención primaria en el seguimiento e integración.

Bibliografía

1. Torbicki A. Enfermedad tromboembólica pulmonar. Manejo clínico de la enfermedad aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2010;63:832-49.

Palabras clave: Anciano. Hipertensión pulmonar. Tromboembolismo pulmonar.