

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

424/3339 - ATENTO, SE TE PUEDE ESCAPAR

M. Rodríguez Piñera¹, P. Méndez Santamaría², J. Serrano García¹ y A. Álvarez Hodel³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Medina del Campo Urbano. Valladolid.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portillo. Medina del Campo. Valladolid.³Médico de Urgencias. Hospital Comarcal de Medina del Campo. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 73 años con HTA, cardiopatía hipertensiva y diabetes tipo 2 consulta en urgencias extrahospitalarias por disnea, opresión torácica y cefalea de 4 días de evolución. Mínimos crepitantes en auscultación, constantes en rango y ECG normal. Ante sospecha de cuadro ansioso se administra diazepam y se deriva a su MAP. Acude a Urgencias hospitalarias 12 horas después por persistencia de disnea acompañada de astenia, dolor epigástrico, opresión torácica bilateral, sudoración fría y náuseas. Niega clínica respiratoria ni insuficiencia cardiaca. Pérdida de 22 Kg para cirugía de rodilla realizada seis semanas antes.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 34 °C, TA 121/79 mmHg, FC 124 lpm, SatO₂ 97%. Consciente y orientada, nerviosa, taquipneica, disminución del murmullo en base derecha y crepitantes finos en la auscultación. Abdomen normal. No edemas ni signos de TVP. ECG ritmo sinusal, eje derecho, sin alteraciones de repolarización. Analítica: leucocitosis (12.380/?L), elevación de PCR (2,2 mg/dl), resto normal incluyendo troponina-T y proBNP. En radiografía de tórax derrame pleural derecho. Se mantiene en observación con antibioterapia, aerosolterapia, diuréticos y heparinas bajo peso. Ante la persistencia clínica se realiza dímero-D (2.588 ng/ml) y angioTC que muestra derrame pericárdico y pleural derecho con defecto de repleción en arteria lobar inferior compatible con TEP. Ingresa en Medicina Interna para fibrinólisis por inestabilidad hemodinámica y trasladada a UCI donde se realizó pericardiocentesis por derrame pericárdico grave con taponamiento cardiaco.

Orientación diagnóstica: Tromboembolismo pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, insuficiencia cardiaca, neoplasia, ansiedad, infarto.

Comentario final: El TEP es una patología con alta morbimortalidad que puede cursar con disnea, dolor pleurítico, taquicardia e hipotensión. Radiográficamente podemos encontrar hemidiafragma elevado, opacidades segmentarias, derrame pleural o atelectasias. El electrocardiograma (alterado 10%) muestra taquicardia, S1Q3T3, eje derecho, bloqueo completo rama derecha o alteraciones de la repolarización en precordiales derechas. Considerarlo en pacientes con edad avanzada, inmovilización, cirugía, TVP o cáncer por su gran dificultad diagnóstica debido a la ausencia de clínica específica. Es importante usar escalas de gravedad (PESI) para predecir el riesgo de progresión a shock.

Bibliografía

1. Sandoval J, Florenzano M. Diagnóstico y tratamiento del Tromboembolismo Pulmonar. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015;26(3):338-43.

Palabras clave: TEP. Disnea. Derrame pleural.