

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

424/3433 - DISNEA, NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

A. Villota Bello¹, S. Bernad Hernando², I. Castillo Torres¹ y A. Barberán Bernardos¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.²Médico de Familia. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 65 años sin antecedentes de interés consulta en Diciembre por disnea intermitente, diagnosticada de bronquitis inicia tratamiento con formoterol/beclometasona inhalado 200/6 ?g cada 12 horas, acetilcisteína 10 ml cada 8 horas y amoxicilina-clavulánico 875/125 mg cada 12 horas. Solicitándose radiografía de tórax, espirometría y electrocardiograma, siendo anodinas. Tras revisión se solicita e-consulta a Neumología ante escasa mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Acude a urgencias desorientada con taquicardia, taquipnea y cianosis periférica. En el centro de Salud: FC: 120 lpm, Sat O2 84%, con oxigenoterapia 93%, TArt 140/90 mmHg; Auscultación sin soplos ni extratonos con hipoventilación y crepitantes en bases. No presenta ingurgitación yugular ni reflejo hepatoyugular, abdomen anodino, sin edemas en extremidades inferiores ni signos de TVP. ECG: patrón S1Q3T3, T negativa en II, III y aVF y V2-V6 y BIRDHH. Se deriva a Urgencias con sospecha de tromboembolismo pulmonar. En Urgencias: analítica normal excepto dímero D de 3.702 ug/L, pro-BNP de 9.364 pg/mL y PCR 4,31 mg/dL. TAC tórax: TEP bilateral. Ecodoppler EESS: pseudoaneurisma parcialmente trombosado en venas circundantes en flexura de codo izquierdo.

Orientación diagnóstica: Tromboembolismo pulmonar. Pseudoaneurisma en venas circundantes en flexura de codo izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Edema agudo pulmonar, angina, síndrome de distrés respiratorio del adulto, neumotórax a tensión, crisis asmática.

Comentario final: El tromboembolismo pulmonar (TEP) se produce por el enclavamiento de un trombo/émbolo en arterias pulmonares, procedente generalmente (90%) del territorio venoso profundo de EEII y menos frecuentemente de otros territorios (EESS). Habitualmente se presenta como disnea brusca, síncope, dolor torácico pleurítico, ansiedad, malestar, tos, hemoptisis, shock o incluso asintomático. En ECG es muy característica y peculiar (10%) la taquicardia sinusal S1Q3T3, desviación QRS hacia derecha, BRD transitorio e inversión de ondas T. Ante un cuadro de disnea no explicada hemos de pensar en opciones poco habituales, como en este caso: un TEP de presentación subaguda con origen en un pseudoaneurisma en EESS.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 4^a ed. Barcelona: Elsevier; 2010; p. 261-70.

2. Konstantinides S. Guía de práctica clínica de la ESC 2014 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la embolia pulmonar aguda. Rev Esp Cardiol. 2015;68(1):e1-e45.

Palabras clave: Disnea. Tromboembolismo pulmonar. Pseudoaneurisma.