



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1242 - DISNEA Y OPACIDAD PULMONAR ¿CAUSAS?

J. Cejas López¹ e Y. Hidalgo Calleja²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torito. Madrid. ²Médico de Familia. Centro de Salud Torito. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años con HTA, dislipemia, hipotiroidismo, ansiedad y adenoma de glándula salival pendiente de exéresis. Acudió por disnea de moderados esfuerzos de 4 meses de evolución que progresó a mínimos esfuerzos, astenia y sofocos. Negaba ortopnea, dolor ni palpitaciones. Cardiología descartó cardiopatía estructural, posteriormente tendencia a hipotensión. Se inició estudio de disnea presentando opacidad mal definida en pulmón derecho, neumología amplió estudio y fue ingresada para estudio de enfermedad tromboembólica venosa. Se inició anticoagulación y posteriormente angioplastia de arterias pulmonares.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 114/60, FC: 64, saturación 95%, exploración cardiopulmonar y abdominal normal, no signos de TVP. Radiografía: opacidad mal definida proyectada sobre la región periférica del campo medio del pulmón derecho. Electrocardiograma: normal. TAC: opacidad nodular periférica en LSD de 14 mm, lesiones de aspecto inflamatorio bilaterales compatibles con lesión cicatricial o tumoración broncogénica primaria. PET-TAC: TEP subagudo, signos de sobrecarga de cavidades derechas e hipertensión pulmonar. Infarto pulmonar de LSD en evolución, infiltrado periférico posterior en LSD con nódulo milimétrico. Troponinas, ProBNP y dímero D normales.

Orientación diagnóstica: TEP segmentario bilateral con infarto pulmonar de LSD. Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica.

Diagnóstico diferencial: Asma, insuficiencia cardíaca y EPOC (70% de las causas de disnea). Arritmias. Neumonía. Ante el hallazgo de opacidad pulmonar descartar neoplasias, causas anatómicas, causas infecciosas, inflamatorias e infarto pulmonar.

Comentario final: El TEP es la tercera causa de muerte cardiovascular, tras la enfermedad coronaria y los accidentes vasculares cerebrales. Es difícil estimar la prevalencia de TEP crónico por lo insidioso de su presentación y los eventos agudos clínicamente silentes. El TEP se puede presentar con un amplio espectro clínico por lo que no debemos limitar la sospecha a aquellos pacientes con presentación típica; debiendo considerarlo en pacientes con síntomas de evolución prolongada. Este caso demuestra la importancia del médico de familia en el diagnóstico diferencial de disnea y la comunicación entre atención primaria y especializada en el análisis de exploraciones complementarias no concluyentes.

Bibliografía

1. Villagómez A, et al. Tromboembolia pulmonar. Medigraphic. 2005;3(1).

2. García-Sanz MT, et al. Trombo-embolismo pulmonar: necesitamos sospecha clínica. Anales Sis San Navarra. 2012;35(1):115-20.

Palabras clave: Disnea. Tromboembolismo. Nódulo.