



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/866 - DOCTORA, NO PUEDO RESPIRAR

A. Mesa Hernández, A. Medina Santos, M. Camejo Lemus y N. Évora Marrero

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General de La Palma. Santa Cruz de Tenerife.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 65 años, con AP HTA, DM tipo 2, dislipemia, obesidad y derrame, que refiere intensa sensación de falta de aire de varios días de evolución, ortopnea y palpitaciones con sensación nauseosa que ha empeorado en las últimas horas. Niega clínica infecciosa asociada, cortejo vegetativo o dolor torácico. Tras la exploración física se realiza ECG que muestra taquicardia sinusal y se toman las constantes con SatO<sub>2</sub>: 77%, se decide traslado al HGLP. Una vez allí se constata en el TAC un TEP bilateral masivo. La paciente es trasladada a la UCI realizándose fibrinólisis con posterior ingreso en el servicio de neumología. La paciente evoluciona favorablemente y se da de alta en tratamiento con Sintrom durante 6 meses.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes: TA: 139/74 mmHg; FC: 118 lpm; FR: 30/min; SatO<sub>2</sub>: 77%; T<sup>a</sup>: 36,5 °C. EF: REG, marcada palidez mucocutánea, taquipneica sin tiraje, estable hemodinámicamente. ACP: RsCsRs sin soplos, mv globalmente disminuido con roncus aislados en ambos campos pulmonares. No edemas en MMII. Analítica: ProBNP: 3338; PCR: 1,93; dímero D: 2.409. Gasometría arterial: pH: 7,47; PCO<sub>2</sub>: 31,7 mmHg; PO<sub>2</sub>: 44,4 mmHg; BE<sub>E</sub>: -0,9 mmol/L; CO<sub>3</sub>H<sup>-</sup>: 22,9 mmol/L; CO<sub>2</sub> total: 23,8 mmol/L; SatO<sub>2</sub>: 80,80%. Rx tórax: índice cardiorácico aumentado, hilos de aspecto vascular, sin infiltrados. ECG: taquicardia sinusal, FC: 118 lpm. TAC: Tromboembolismo pulmonar masivo con infiltrados en ambos pulmones pudiéndose tratar de infartos. Aumento de tamaño de cavidades derechas. No identificamos derrame pleural ni pericárdico. Ecografía Doppler venosa miembros: No se observan signos de TVP.

**Orientación diagnóstica:** TEP bilateral.

**Diagnóstico diferencial:** Origen pulmonar (EPOC, asma, infección respiratoria, neumotórax, derrame pleural), origen cardiovascular (Insuficiencia cardíaca, arritmias cardíacas, pericarditis y taponamiento cardíaco, enfermedad tromboembólica) y otras causas (ansiedad, alteraciones metabólicas, shock, intoxicación por CO, anemia).

**Comentario final:** La enfermedad venosa tromboembólica es una patología de alta morbilidad y mortalidad que se presenta en un espectro variado de pacientes. La angiotomografía de tórax es el gold estándar y suele solicitarse con una alta tasa de resultados negativos. Una vez realizado el diagnóstico se debe establecer el riesgo de mortalidad, debido fundamentalmente al alto riesgo de disfunción grave de ventrículo derecho.

### Bibliografía

1. Consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación del riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolismo pulmonar. Arch Bronconeumol. 2013;49(12):534-47.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Madrid. Elsevier, 2018.

**Palabras clave:** Disnea. Tromboembolismo pulmonar. Anticoagulación.