

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

424/565 - DOCTORA, NO SE PREOCUPE QUE VOY CONDUCIENDO AL HOSPITAL

L. Villota Ferreiro¹, F. Martínez Quiroga², A. Barranco San Martín² y A. Meabe Santos¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León.²Médico de Familia. Centro de Salud Ponferrada II. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 52 años que consulta por presentar hace 72 horas, mientras subía escaleras, disnea brusca y dolor escapular izquierdo asociado. Posteriormente sensación disneica y opresiva con el ejercicio. AP: no hábitos tóxicos, obesidad, síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS). No antecedentes quirúrgicos.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 144/107 mmHg, frecuencia cardiaca 101 lpm, saturación de O₂ 91%, temperatura axilar 36,5 °C. Buen estado general; normocoloreado; normoperfundido. Eupneico en reposo. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos, auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Exploración abdominal no relevante. Extremidades inferiores (EEII): ausencia de edemas, sin signos de trombosis venosa profunda (TVP) o flebitis. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Electrocardiograma: taquicardia sinusal con ondas Q y T negativas en cara inferior. Angio-TC torácico: defecto de repleción en las arterias pulmonares principales, lobares y segmentarias de ambos pulmones. Así como defecto con morfología “en silla de montar” desde la arteria pulmonar derecha hacia la izquierda. Eco doppler EEII: ausencia de signos de TVP. Ecocardiograma: sin alteraciones significativas.

Orientación diagnóstica: Tromboembolismo pulmonar bilateral (TEP).

Diagnóstico diferencial: Neumotórax, síndrome coronario agudo, pericarditis.

Comentario final: El TEP forma parte de la enfermedad tromboembólica venosa y supone la 3^a causa de muerte cardiovascular. La embolia de pulmón es consecuencia generalmente de la emigración de un trombo desde el sistema venoso profundo hasta el pulmón, aunque también podría formarse *in situ*. La incidencia de TEP sin TVP oscila entre el 20-50%. La formación del trombo pulmonar *in situ* exige un mecanismo etiopatogénico distinto precisando generalmente un proceso inflamatorio o infeccioso que altera el endotelio vascular arterial pulmonar. La clínica puede ser bastante inespecífica, siendo la disnea el síntoma más frecuente (84%) como forma de presentación. Nuestro paciente, presentaba disnea como síntoma principal, pero la ausencia de factores de riesgo mayores, datos inespecíficos en la exploración física y la baja puntuación de las reglas de predicción clínica para la estimación de la probabilidad de TEP (Wells 1,5), dificultó pensar en el TEP como diagnóstico principal.

Bibliografía

1. Uresandi F, Blanquer J, Conget F, et al. Guía para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la tromboembolia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2017;40:580-94.

Palabras clave: Disnea. Tromboembolismo. Dolor torácico.