

424/1126 - DOLOR EN BRAZO Y DISNEA SÚBITA. LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA

M. Rodríguez Padial¹, M. Palos Campos¹, P. Lozano Díaz² y M. Rodríguez Carrillo³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bormujos. Sevilla. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Espartinas. Sevilla. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilleja de la Cuesta. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Acudimos a un aviso domiciliario de mujer de 77 años que consultó por dolor intenso en MSI y pérdida de fuerza, acompañado de disnea súbita desde hacía 2h. Dada de alta hospitalaria hace 4 días por insuficiencia respiratoria aguda en el contexto de neumonía bibasal y fallo ventricular izquierdo. Refería además traumatismo hace 24h en dicho brazo. AP: No alergias. HTA. TEP hace años.

Hipotiroidismo. EF en domicilio: hemodinámicamente estable, satO2 95%, auscultación cardiorrespiratoria disminución del murmullo vesicular sin ruidos patológicos y MSI con disminución de temperatura y cambio de coloración con respecto al contralateral. Se decide derivación a Urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: TA 172/92 mmHg, FC 90 lpm, SatO2 98% con reservorio. Glasgow 15/15. Aceptable estado general. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. ACR: tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos. Disminución del MV bilateral sin ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalías. Sin signos de irritación peritoneal. MMII con edemas con fóvea pretibial, sin signos de TVP, pulsos conservados. MSI con disminución de la temperatura y tinte pálido con respecto al contralateral. No se palpa pulso radial. Doppler arterial de MSI + TAC c/c tórax + angioTAC MSI: TEP bilateral agudo. Trombosis aguda de arteria subclavia izquierda.

Orientación diagnóstica: TEP bilateral y trombosis aguda de arteria subclavia izquierda.

Diagnóstico diferencial: Trauma muscular, neumonía, IAM.

Comentario final: Se trasladó a la paciente a su hospital de referencia para valoración por Cirugía vascular. Se le realizó trombectomía transhumeral izquierda. Ingresó en planta de Medicina Interna, donde tras dos días de estabilidad clínica, comenzó con dolor abdominal intenso, hipotensión, taquipnea y hematoquecia por lo que ingresó en UCI. Se realizó TAC urgente con significativa distensión de todo el marco cólico. Se decidió IQ urgente donde se objetivó isquemia mesentérica. La paciente regresó a planta de Medicina interna para acompañamiento familiar tras lo cual falleció a las 24 h.

Bibliografía

1. Konstantinides S, Torbicki A, Agnelli G, et al. Guía de práctica clínica de la ESC 2014 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la embolia pulmonar aguda. Revista Española de Cardiología. 2015;68(1):64.

Palabras clave: Isquemia mesentérica. Tromboembolismo pulmonar.