



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/387 - DISNEA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

P. Domínguez Sánchez¹, M. Herrera Bernal¹ y J. Naldrett Brophy²

¹Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz. ²Médico de Familia. SUMMA 112. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años sin alergias medicamentosas conocidas. Entre los antecedentes personales destaca exfumador de 25 paq/año, asma, síndrome de apnea-hipopnea del sueño (CPAP nocturna), sinusopatía, hernia de hiato. Intervenido de hernia inguinal bilateral. Tratamiento montelukast, omperazol, tapentadol, vilanterol/fluticasona. Acude a consulta de su médico de Atención Primaria por disnea de unos 15 días de evolución y tos seca, inicialmente tratado con levofloxacino por sospecha de infección respiratoria. Aumento de disnea de forma progresiva a pesar de tratamiento siendo derivado a neumología descartando patología (radiología simple de tórax y espirometría normales). Posteriormente odinofagia, astenia y pérdida de unos 3 kg de peso. Se deriva a ORL porque presenta aumento de mucosidad orofaríngea y persistencia de sinusopatía. Al mes acude nuevamente a su médico ante escasa mejoría y presencia de ortopnea, es derivado a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado y colaborador; buen estado general; bien hidratado y normoperfundido; eupneico en reposo presión arterial: 134/87 mmHg, saturación O₂ sin aporte 98%, FC 111 lpm, afebril auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos y sin soplos, con hipoventilación de base derecha. Se realizó análisis de sangre que mostró leucocitos 11.660/mm³, Hb 16,2 mg/dl, dímero D 2.104 ng/ml, NT-proBNP 95,4, PCR 11,7 mg/L. Gasometría arterial: pH 7,44, pCO₂ 39, HCO₃ 26,5. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 100 lpm. No alteraciones agudas de la repolarización. Radiología simple de tórax que muestra aumento de densidad base derecha y angio-TC torácico que muestra signos de tromboembolismo pulmonar (TEP) segmentario en lóbulo inferior derecho. Se decidió ingreso en medicina interna donde se realiza Eco-doppler MMII sin que identifique signos de trombosis venosa profunda, ecocardiograma que confirma hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo (FE60%), raíz aórtica levemente dilatada. Se determinan antígenos en orina y se realizan serologías para neumonías atípicas, resultado negativas. Espirometría normal. Tras tratamiento con acenocumarol el paciente presenta mejoría clínica y, finalmente, es dado de alta con revisión en consultas externas.

Orientación diagnóstica: TEP segmentario LID.

Diagnóstico diferencial: infección respiratoria, sinusopatía, insuficiencia cardiaca, patología tumoral ORL.

Comentario final: El TEP puede presentarse de forma muy variable e inespecífica retrasando su diagnóstico. Su médico de atención primaria fue fundamental para llegar al diagnóstico puesto que realizó la valoración inicial y dirigió el diagnóstico diferencial a través de la colaboración de distintas especialidades hospitalarias.

Bibliografía

1. Uresandi F, Monreal M, García-Bragado F, Domenech P, Lecumberri R, Escribano P, et al. National Consensus on the Diagnosis, Risk Stratification and Treatment of Patients with Pulmonary Embolism. Arch Bronconeumol. 2013;49(12):534-47.

Palabras clave: Disnea. Urgencias. Tromboembolismo.