

424/1547 - NO SE DIAGNOSTICA LO QUE NO SE PIENSA: NO TODO ES UN MAREO. LA IMPORTANCIA DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

L. Martín Guerra¹, A. Lara Muñoz², S. Marín González¹ y L. Barrios Blasco¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ²Médico de Familia. Centro de Salud Montoro. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 67 años, que encontrándose en sala de espera, como acompañante, presenta mareo con sensación de flojedad y náuseas. Refiere dolor de espalda en días previos, valorado en dos ocasiones, pautándose analgésicos. No otros síntomas. Antecedentes personales: HTA. Tratamiento: valsartán/amlodipino/hidroclorotiazida 160/5/25 mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general. Discreta palidez. SatO2: basal 91%. TA: 90/60 mmHg. ACR: tonos rítmicos 60 lpm sin soplos. MVC. MMII: Signos insuficiencia venosa crónica. Resto normal. Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal, 65 lpm. Patrón S1, Q3. Ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) se pauta Clexane 80 mg sc y deriva a urgencias hospitalarias. Analítica: dímero D: 3.487 ng/dL. Resto normal. GSA: pCO2: 39; pO2: 66. Angiotomografía arterias pulmonares (ANGIOTC): defectos de repleción en arterias pulmonares principales, arteria interlobar, de la lingula, lobar inferior izquierda y segmentarias. Ecoscopia: sin alteraciones. Ecografía doppler MMII: vena femoral superficial izquierda no compresible.

Orientación diagnóstica: TEP idiopático. Tromboembolismo venoso profundo (TVP).

Diagnóstico diferencial: SCA, shock, asma, infección respiratoria, patología músculo-esquelética.

Comentario final: El TEP, cuya sintomatología es muy variada, supone la tercera causa de muerte cardiovascular. Puede pasar desapercibido o manifestarse de forma clásica con disnea, dolor pleurítico y colapso circulatorio. La gravedad de los síntomas dependerá de su magnitud. En toda sospecha se realizará los puntajes de Wells o Geneva y se clasificará en probabilidad baja, intermedia o alta. En riesgo bajo/moderado se determinará el dímero D y según resultado, se efectuará ANGIOTC a descartar TEP. En riesgo alto, tras estabilización, se realizará directamente angioTC. Nuestro paciente presentó un cuadro presincopal sin otros signos/síntomas típicos. Su test Wells y SPESI (índice de gravedad de embolia pulmonar) fue de 0 puntos. Tras confirmación diagnóstica, al no presentar contraindicación para un anticoagulante oral directo, conociendo los riesgos/beneficios con respecto a Sintrom, el paciente fue anticoagulado con apixabán, asumiendo el coste del mismo. En conclusión, el amplio espectro de presentación del TEP junto al retraso diagnóstico constituyen los factores pronósticos más determinantes. Por ello, nuestro importante papel desde primaria que ante una alta sospecha clínica, tras la evaluación de factores de riesgo, obtuvimos una rápida orientación diagnóstica que permitió establecer estrategias de tratamiento sin más demoras.

Bibliografía

1. Fasanya A, Silvas K, Alhassan S, Patel K, Singh AC, Malik K. Venous Thromboembolism and Pulmonary Embolism Response Teams: An Overview. *Crit Care Nurs Q.* 2017;40(3):237-50.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Trombosis venosa profunda.