



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1095 - TEP: CAUSA DE DISNEA NO TAN AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Gómez Vildosola¹, N. Gallo Salazar¹ y M. Díaz Mayán²

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo. Cantabria. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 52 años; con diagnóstico de hipertensión y dislipemia; acudió a su médico de atención primaria por astenia y disnea de moderados esfuerzos (Grado 2 mMRC) de 2 meses de evolución asociada a ortopnea y leves edemas en extremidades inferiores.

Exploración y pruebas complementarias: Estable hemodinámicamente: TA: 119/68; Sat O₂: 97%. Afebril. Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos; sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Extremidades inferiores: Leves edemas en tercios distales. No signos de TVP. ECG: ritmo sinusal; S1Q3T3; BRD (alteraciones no objetivadas en ECG previos).

Orientación diagnóstica: Tromboembolismo pulmonar.

Diagnóstico diferencial: IAM; taponamiento cardíaco; neumotórax.

Comentario final: El tromboembolismo pulmonar es el resultado de la obstrucción de la circulación arterial pulmonar por un émbolo procedente, en la mayoría de los casos, del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores. Otros orígenes pueden ser arritmias cardíacas; endocarditis o incluso formaciones neoplásicas. La sintomatología puede ser muy variada pero los síntomas más característicos son la disnea aguda, el dolor pleurítico y la hemoptisis. En cuanto al diagnóstico; la prueba diagnóstica *gold-estándar* es la angiografía pulmonar. No obstante, existe una serie de pruebas complementarias básicas que nos pueden orientar al diagnóstico e incluso intuir la gravedad del cuadro: ECG; radiografía de tórax; ecocardiograma y estudio del dímero D (alto valor predictivo negativo). Como médicos de atención primaria, podemos solicitar un ECG en el cual podemos objetivar alteraciones inespecíficas como puede ser el bloqueo de rama derecha o el patrón de McQuinn y White (S1 Q3 T3) como signos de *cor pulmonale*. Volviendo a nuestro caso; a pesar de la baja sospecha clínica dada la cronicidad del cuadro; el patrón electrocardiográfico de McQuinn y White; obligó a su médico de atención primaria a descartar, como primera opción; un tromboembolismo pulmonar. Por ello; el paciente fue derivado al servicio de urgencias desde donde ingresó con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar bilateral subagudo confirmado por arteriografía. La relevancia de este caso reside en la importancia; por parte del médico de atención primaria; de saber interpretar las exploraciones complementarias básicas ante una clínica no tan específica.

Bibliografía

1. Andresen Hernández M. Tromboembolismo pulmonar. Ars Medica Revista de Ciencias Médicas. 2018;27(3).

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Patrón de McQuinn y White.