

377/13 - CUANDO EL RÍO SUENA, AGUA LLEVA

I. Ramiro Bejarano¹, E. Santos Ferreras¹, P. Fernández de la Mata², A. Álvarez Madrigal¹, F. Pérez Crespo³, J. López Gil³.

¹Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. ²Centro de Salud José Aguado I. León. ³Médico Adjunto. Centro de Salud José Aguado II. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años, obeso, HTA sin tratamiento, trastorno adaptativo, artroscopia de rodilla en 2009, exfumador desde hace un año de IPA40. Acude a consulta de Atención Primaria en mayo de 2017 por dolor en extremidad inferior izquierda tras flebitis de una semana de evolución, acompañada de sensación de disnea. Se remite a Urgencias para descartar TEP con resultado de Dimero D 1.027 y TAC protocolo TEP no concluyente de TEP, dándose de alta sin tratamiento. El dolor en miembro inferior izquierdo persiste, lo que genera múltiples consultas en Atención Primaria, y es derivado a Traumatología y Cirugía Vascular, que asimismo derivan al paciente a Reumatología. En enero de 2018 el paciente acude a urgencias por asociar al proceso lesión cutánea en cara lateral de extremidad inferior izquierda y posterior de muslo izquierdo y edema, derivado desde urgencias a Dermatología con diagnóstico de eccema crónico. En febrero de 2018 el paciente vuelve a nuestra consulta con similar clínica que hacía meses: dolor en extremidad inferior izquierda y disnea de esfuerzo, nuevamente es derivado a urgencias para descartar TEP. Esta vez Dimero D 6.482 y TAC protocolo TEP: TEP agudo bilateral central y periférico y TVP izquierda. Ingreso en Neumología: instauran tratamiento inicialmente con Hibor 7500 y posteriormente con sintrom, con mejoría total de la clínica del paciente. Actualmente asintomático.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, TA 172/114 mmHg, FC 84 lpm, Saturación basal 95%. AC rítmico, sin soplos. AP MVC. Abdomen globoso, sin alteraciones. EEII: calor en extremidad inferior izquierda, Hommans positivo. No empastamiento. No edema. TAC protocolo TEP mayo 2017: El estudio se realizó en espiración, lo que limita valoración de parénquima pulmonar. Sin signos de TEP. TAC protocolo TEP marzo 2018: hallazgos compatibles con TEP agudo central y periférico bilateral

Juicio clínico: TEP agudo central y periférico bilateral y TVP izquierda.

Diagnóstico diferencial: 1. Dermatitis eccematosas. 2. Insuficiencia cardíaca. 3. Trastornos del retorno venoso. 4. Dolor óseo 5. Paniculitis adiposa.

Comentario final: Resaltar la importancia de la Atención Primaria como nexo entre especialidades, como pilar en el diagnóstico y tratamiento de patologías. Es fundamental conocer a los pacientes, escuchar sus quejas y realizar un seguimiento adecuado. Las derivaciones desde Atención Primaria deben realizarse con criterio médico, siendo motivo de derivación reiterada a urgencias si sospechamos patología urgente en el paciente. El TEP es una patología relativamente frecuente que suele acompañarse de signos clínicos como taquicardia y taquipnea, alteraciones en el EKG, alteraciones en la analítica, hipoxemia con hipercapnia y alteraciones en la radiografía de tórax. Aunque estos signos no siempre están presentes. A todo paciente con

sospecha de TEP se le debe calcular la probabilidad clínica de la misma (Score de Wells) y actuar según el protocolo pidiendo un dímero D o un angio-TC, según el caso. El angio-TAC ha desplazado a la gammagrafía como técnica diagnóstica.

Bibliografía

543. P de Torres. P A Sánchez. El laboratorio en las enfermedades respiratorias. Balcells. La clínica y el laboratorio. Capítulo 24, 533-543. ISBN: 9788445825853.

Vaquero JM, Jiménez L, Entrenas LM, González EM, Montero FJ. Trombombolia pulmonar. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4^a ed. Elsevier. 2010 261-270.