

377/44 - DOLOR TORÁCICO INTERMITENTE

S. Vidal Rodríguez¹, M. Martínez Quiroga², L. González Coronil³, A. Riola Blanco⁴, S. Álvarez Colinas³, M. Núñez Reynoso³, V. Ruiz Larrea⁵, C. Martínez Canel⁶.

¹Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. ²Médico de Familia. Centro de Salud Ponferrada II. León. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. León. ⁵Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ⁶Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 72 años alérgica a penicilina e intolerante a la lactosa. Presenta los siguientes antecedentes personales de interés: diabetes mellitus tipo 2 de 22 años de evolución, dislipemia, esquizofrenia con psicosis paranoide estable, diverticulosis colónica, insuficiencia venosa crónica, gastritis crónica y carencia de vitamina D. Cirugías: safenectomía bilateral, hysterectomía por leiomioma y plastia vaginal. En tratamiento farmacológico con: ácido acetilsalicílico 100 mg/24h, pantoprazol 40 mg/24h, olanzapina 10 mg/24h, lorazepam 2 mg/24h, calcifediol 0.266 mg/30 días, linagliptina 5 mg/24h, ispagula 1 sobre/12h y gemfibrozilo 900 mg/24h. Acude a consulta de Atención Primaria refiriendo un cuadro de dolor torácico intermitente, localizado en hemitórax izquierdo de unos cuatro días de evolución. Lo describe como no opresivo, es más intenso con la tos y la inspiración profunda, con sensación disneica acompañante. En reposo no cede, no describe cuadro vegetativo, no episodio febril, no clínica de infección respiratoria previa. Su familiar indica una pérdida de peso notable en los últimos dos meses asociada a hiporexia.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, consciente, orientada, colaboradora, bien hidratada y perfundida, eupneica, palidez cutánea. Presión arterial: 106/69 mmHg, frecuencia cardíaca: 95 latidos por minuto, temperatura: 36.8°C, saturación de oxígeno: 97%. Tórax: dolor a la palpación supramamaria izquierda Auscultación cardio-pulmonar rítmica con soplo sistólico II/VI conocido, simétrica, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no hernias, ruidos hidroaéreos presentes, murphy, blumberg y puño percusión renal negativos. Extremidades inferiores: pulsos presentes, no signos de trombosis venosa profunda, no edemas. Electrocardiograma y radiografía de tórax: sin hallazgos. Se deriva a hospital de referencia en el cual deciden realizar interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos y Cardiología decidiendo seriación de enzimas e ingreso en éste último servicio. Hemograma, bioquímica y seriación de enzimas cardíacas con parámetros en rango. Dimero D: 22.11 mg/L. TAC de arterias pulmonares: tromboembolismo pulmonar bilateral en lóbulo superior derecho, lóbulos superior e inferior izquierdos. Eco doppler de miembros inferiores: sin signos de trombosis venosa profunda.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral.

Diagnóstico diferencial: Infarto de miocardio, neumotórax, neumonía, edema agudo de pulmón, aneurisma disecante de aorta, pericarditis, insuficiencia cardíaca congestiva, miocarditis, costocondritis, cuadro de ansiedad.

Comentario final: La enfermedad tromboembólica es una patología de alta morbimortalidad e infradiagnosticada, que tiene formas de presentación clínica muy variadas. La sensación disneica súbita es el síntoma más frecuente por el cual los pacientes acuden a nuestra consulta. En gran parte de casos, no es un cuadro que se pueda diagnosticar ni excluir con certeza sin un estudio de imagen. Por lo cual, el médico de familia debe manejar muy bien la anamnesis inicial del paciente ayudándose de herramientas como son las escalas de probabilidad diagnóstica (Wells) . Un caso de tromboembolismo pulmonar involucra en la mayor parte de los casos una trombosis venosa profunda generalmente localizada en miembros inferiores. El resumen presentado difiere en éste dato por ello la importancia de un diagnóstico diferencial exhaustivo. El tratamiento principal es la anticoagulación que debe instaurarse de la forma más precoz posible.

Bibliografía

Agnelli,G; Becattini,C. Acute pulmonary embolism. *N Engl J Med.* 2010; 363(3):266-74.

Sandoval,J, Florenzano,M; Diagnostic and management of acute pulmonary thromboembolism. *Rev.Med.Clin.Cordes* 2015; 26(3)338-343.

Uresandi F, Jiménez D. National consensus on the diagnosis, risk stratification and treatment of patients with pulmonary embolism: An update. *Arch Bronconeumol.* 2016; 52(2):61-2.