

333/170 - EL DOLOR COMO EL GRAN SIMULADOR

M. Suárez Pineda¹, R. García Romero², C. Montesinos Asensio¹, M. Pérez Valencia², M. Parra Morata¹, I. Picó García³.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Los Dolores. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 67 años, con antecedentes personales de HTA, obesidad, fumador, trasplantado renal secundario a glomerulonefritis focal y segmentaria. Refiere dolor en región escapular izquierda, de fuerte intensidad y de características punzantes, sin irradiación, que no mejoraba con los cambios de postura, desde horas de la madrugada. Acude a su centro de referencia donde permanece 24 horas en observación, asociándose disnea de moderados esfuerzos y en vista de no mejoría clínica es referido a nuestro centro.

Exploración y pruebas complementarias: TA:107/70 mmHg, FC:56 lpm, SO2:95%, tórax hipoexpansible con crepitantes inspiratorios en base y 1/3 medio de campo pulmonar izquierdo. EKG: extrasístoles ventriculares aisladas. Troponinas:19 pg/ml, ProBNP:52 pg/ml; Gasometría arterial: pH:7.45, pO2:45, pCO:39, HCO3:24.8. Angiografía de arterias pulmonares: TEP en arteria pulmonar descendente izquierda e infartos pulmonares en LII y derrame pleural. Dilatación del cono de la pulmonar y de las arterias pulmonares principales. Leve derrame pericárdico. Ecocardiograma: Función sistólica biventricular normal. Sin signos de hipertensión pulmonar. Ecografía doppler de miembros inferiores: Trombosis a nivel de vena safena menor izquierda.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar de arteria descendente izquierda.

Diagnóstico diferencial: Neumotórax, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica aguda.

Comentario final: Las características de un dolor escapular precedieron 24 horas antes a la disnea; estos son los factores relacionados con la presentación atípica del paciente que en la evaluación inicial, fueron inconsistentes con las características típicas del embolismo pulmonar y en su lugar se superponen con otros cuadros cardiopulmonares. Debe sospecharse en un TEP en todo paciente con marcada hipoxemia y que no justifica la magnitud de la insuficiencia respiratoria.

Bibliografía

Deacon JL, Marzena W, Abdallah A. An unusual presentation of pulmonary embolism. BMJ Case Reports. 2012;20(3):213–5.

Torbicki A, Perrier A, Konstantinides SV, Agnelli G, Galie N, Pruszczyk P, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: The Task Force for the Diagnosis and

Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2008;29:2276-315.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar, infarto pulmonar, angiografía, disnea.