



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



333/82 - TEP COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TVP

A. Sánchez Reche¹, J. Simancas Carrión².

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real II. ²Médico de Familia. Centro de Salud Corral de Calatrava. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 85 años que acude a la consulta de Atención Primaria por aumento de tamaño de MID de 2 días de evolución. No disnea de reposo. No fiebre. No refiere otra sintomatología. Acude a SUH donde se diagnostica de TVP, pautando HBPM e introducción de Acenocumarol. Acude nuevamente por MEG, náuseas y disnea de moderados esfuerzos. Tras la evaluación inicial y ante la sospecha de TEP, se decide derivar a SUH. Se confirmó por Gammagrafía de ventilación-perfusión, la presencia de TEP subagudo izquierdo, por lo que fue ingresado en Medicina Interna para completar el estudio y continuar tratamiento anticoagulante. Antecedentes: No alergias medicamentosas conocidas. HTA. Insuficiencia mitral moderada severa con FEVI deprimida, Insuficiencia Aórtica leve moderada. No DM, No DLP. Intervenido hace 20 años de prótesis de cadera derecha. Tratamiento habitual: Pantoprazol, Clopidogrel, Losartán/Hidroclorotiazida, Bromuro Tiotropio. Situación basal: IABVD. Buen nivel cognitivo. Vive en domicilio.

Exploración y pruebas complementarias: TA 131/49 mmHg, FC 54 lpm, Tº 36.1º, Sat. O2 95% basal, desaturando a 87% con mínimos esfuerzos. Regular estado general. Consciente y orientado. AC: rítmico, sin soplos. AR: MVC, crepitantes en base derecha. MMII: MID aumentado de tamaño más de 3 centímetros respecto a contralateral, empastamiento en mitad inferior, Homans +. Pulsos periféricos palpables. ECG: ritmo sinusal, a 55 lpm, S1, BIRDDH, no datos de isquemia ni repolarización precoz. Rx tórax: ICT < 0,5, patrón de redistribución vascular, no condensaciones ni infiltrados, no pinzamiento de senos costofrénicos. Gasometría arterial: Insuficiencia respiratoria parcial. Ecografía realizada en Centro de Salud: ausencia de colapso venoso en V. Femoral superficial derecha.

Juicio clínico: TVP en MID sin poder descartar TEP.

Diagnóstico diferencial: Celulitis MID. Isquemia arterial.

Comentario final: El paciente fue derivado en segunda visita a SUH por sospecha de TEP, dado que no fue descartado por exploraciones complementarias previamente. Ante la sospecha de TVP por clínica y según criterios de Wells, la realización de ecografía en Atención Primaria permite llegar a un diagnóstico precoz y que la derivación a Atención Hospitalaria esté fundamentada en descartar causas secundarias y TEP, que requieren estudio e ingreso hospitalario.

Bibliografía

Rial Horcajo R., Sánchez Hervás L., Moñux Ducajú G., Serrano Hernando F. J. Protocolo diagnóstico de la enfermedad venosa aguda. *Medicine* 2017;12(41):2466-9

Palabras clave: Disnea, Trombosis venosa, TEP.