



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/193 - DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS VALDECILLA

L. Gómez Ruiz<sup>a</sup>, A. González Díaz-Faes<sup>b</sup>, A. Fernández Serna<sup>c</sup>, C. Fortuny Henríquez<sup>d</sup>, S. Díez Martínez<sup>e</sup> y M.J. Arqués Pérez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Endocrinología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS el Sardinero. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Castilla Hermida. Cantabria. <sup>e</sup>Médico. SUAP Alisal. Cantabria. <sup>f</sup>Médico. SUAP Sardinero. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 83 años que acude derivada del Centro de Salud por dolor centrotorácico, opresivo de segundos de duración que desaparece inmediatamente, no irradiado, hace 5 horas y FA de reciente comienzo (no objetivable en electrocardiogramas previos en el Centro de Salud). Niega cortejo vegetativo, palpitaciones, disnea u otra sintomatología acompañante. A su llegada a Urgencias asintomática.

**Exploración y pruebas complementarias:** T: 36,4 °C, TA: 127/90, FC: 76 lpm, FR: 16 rpm, SaT: 96% (basal). Exploración: sin hallazgos patológicos en exploración por aparatos. Auscultación cardiaca: arrítmico, no se oyen soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos, buena ventilación. Pruebas complementarias. Pruebas de laboratorio: bioquímica sin alteraciones. Hemograma normal. ECG: FA de reciente comienzo a 75 lpm. No datos de sobrecarga derecha. No alteración en la repolarización. Troponinas: 0,07. Rx de tórax: bien rotada, bien inspirada, bien centrada. No pinzamiento de senos costofrénicos. No derrame. No condensaciones. Índice cardior torácico normal. No cardiomegalia. Dímero-D: 18.965. Angio-TAC: TEP bilateral masivo. Plan de actuación y seguimiento: se inicia anticoagulación con HBPM por vía endovenosa desde Urgencias y se ingresa en el Servicio de MI. Durante los 3 días siguientes iniciada la anticoagulación, se objetiva HDB con anemia de hasta 4 puntos de hemoglobina (Hb 9,3) en 3 días. Se decide suspender anticoagulación, colocar filtro de vena cava y realizar colonoscopia de forma preferente; En los días sucesivos, a la espera de la colonoscopia, la paciente refiere dolor en ambas EEII sugestivo de TVP, por lo que se realiza TAC abdominal objetivándose neoformación de colon transversal sin signos de obstrucción. No existen signos de diseminación tumoral. Trombosis de ambas venas femorales, ilíacas y vena cava inferior en su segmento distal. Se realiza colonoscopia (neoformación ulcerada en zona media del colon transversal, a 80 cm del margen anal) y se toman biopsias (adenocarcinoma de colon). La paciente fue intervenida quirúrgicamente. Actualmente después de 3 meses, la paciente continúa HBPM sc, se encuentra asintomática, y realizando sus actividades diarias con normalidad.

**Juicio clínico:** TEP.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome coronario agudo. Hematoma aórtico. Trombo aórtico. Disección aórtica.

**Comentario final:** Podemos concluir de lo expuesto, la importancia que tiene la primera impresión diagnóstica del médico de Atención Primaria ya que, en muchas ocasiones es de vital relevancia. La importancia de valorar no sólo las pruebas diagnósticas si no también, el peso del criterio profesional por parte del médico de AP o de Urgencias a la hora de determinar si es necesario una ampliación de pruebas

diagnósticas para la realización de una buena praxis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Austein PD, Beemath A, Matta F, Weg JG, Yusen RD, Hales CA, Hull RD, Leeper KV Jr, Sostman HD, Tapson VF, Buckley JD, Gottschalk A, Goodman LR, Wakefield TW, Woodard PK. Clinical characteristics of patients with acute pulmonary embolism: data from PIOPED II. *Am J Med.* 2007;120:871.
2. Carson JL, Kelley MA, Duff A, Weg JG, Fulkerson WJ, Palevsky HI, Schwartz JS, Thompson BT, Popovich J Jr, Hobbins TE. The clinical course of pulmonary embolism. *N Engl J Med.* 1992;326:1240.