



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/136 - MEDIDAS ALTERNATIVAS

A. Casal Calvo^a, A. Asturias Saiz^b, J.L. Cepeda Blanco^a, A. Aldama Martín^a, N. Otero Cabanillas^c, A. Azagra Calero^c, R. López Sánchez^b, M. Santos Gravalosa^a, A. García Martínez^a y C. Fernández Pereda^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Maliaño. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 81 años que acude a consultas de atención primaria por cuadro de 3 días de evolución de aumento de su disnea habitual hasta hacerse de reposo. Niega clínica infecciosa. Como AP, exfumador grave con IPA 60 paquetes-año, dislipemia, EPOC tipo enfisematoso reagudizador, Carcinoma de fosa nasal izquierda tratado con cirugía y radioterapia, duodenitis crónica, TEP masivo bilateral hace 2 años anticoagulado hasta hace 6 meses con sintrom, que fue suspendido por hemoptisis secundaria. Tratamiento: Seretide, spiriva, atorvastatina, omeprazol.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Consciente y orientado, palidez cutánea, taquipneico con trabajo respiratorio, afebril. TA 100/55, FC 105 lpm, FR 24 rpm, SatO2 89%. AC: rítmico sin soplos. AP: hipovenilación global con sibilancias respiratorias y roncos dispersos. Abdomen anodino. EEII: no edemas ni signos de TVP, pulsos presentes. Dada su situación clínica y antecedentes de TEP, derivamos a urgencias para completar estudio. Analítica: leucocitos 11.000, Hb 11,5, plaquetas 265.000. Crea 0,9, FG 70, PCR 2,5, dímero D 3.255. GSA pH 7,46, pO2 52, PCO2 37, Sat 88%. Rx patrón enfisematoso sin otras alteraciones. ECG: RS a 110 lpm, BRD. Se solicita angioTAC que muestra signos de TEP en LS y LI izquierdos, infarto pulmonar del LII y signos de hipertensión pulmonar. Ecodoppler miembros inferiores sin signos de TVP.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar (TEP).

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria, TEP, neumotórax, insuficiencia cardiaca descompensada.

Comentario final: Ante la recidiva de TEP el paciente es ingresado en planta, donde se inicia anticoagulación con HBPM. En controles sucesivos durante el ingreso se objetiva anemización progresiva hasta Hb de 7.8 sin signos de sangrado evidentes, decidiéndose transfundir, suspender anticoagulación manteniendo profilaxis de HBPM y colocación de filtro de vena cava inferior. Una vez estabilizado, dados sus antecedentes digestivos y sospechando sangrado, se programan gastroscopia y colonoscopia que finalmente se suspenden el mismo día de su realización por insuficiencia respiratoria evidente que contraindicaba dichos procedimientos. El paciente es dado de alta con OCD por gafas nasales a 2 l y HBPM a dosis profilácticas, con control posterior por su médico de atención primaria. La incidencia del TEP es de 120 casos/100.000 personas/año y tiene una mortalidad global de unos 20.000 pacientes/año. Su diagnóstico es complejo ya que tanto su sintomatología como las pruebas complementarias básicas son inespecíficas. Es recomendable estimar la probabilidad clínica mediante escalas (Wells, Ginebra) y seguir los algoritmos diagnósticos propuestos. El tratamiento de elección es la anticoagulación precoz con heparina a dosis terapéuticas. El filtro de vena cava es una medida

alternativa que se implanta en casos de contraindicación absoluta de tratamiento anticoagulante, casos de hemorragia mayor no controlada durante el tratamiento anticoagulante o en pacientes con embolismos recurrentes a pesar de la anticoagulación. Estos filtros bloquean la migración de los trombos originados en el sistema venoso profundo de miembros inferiores pero no evitan su formación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz Imedio J, Escribano Gimeno I. Enfermedad tromboembólica venosa. Aguilar Rodríguez F, Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7^a ed. Madrid: MSD, 2012.