Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):31

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/74 - No siempre es lo que parece

M. Santos Gravalosa[a], B. Coll Bas[b], C. Fernández Pereda[b], D. Fernández Torre[b], A. Casal Calvo[b], A. Linares Borges[c], W.R. Ferrero Ohse[d], V. Acosta Ramón[d], A. Nofan Maayah[e] y B. Sainz Santos[f]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [b]Médico de Familia; [e]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. [c]Médico de Familia. CS Alisal. Santander. [d]Médico de Familia. CS Camargo Interior. Maliaño. [f]Médico de Familia. CS General Dávila. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 89 años con AP de EPOC moderado (VEMS 85%) con múltiples reagudizaciones, ACXFA antiagregada, hipertensión pulmonar leve, insuficiencia renal crónica, hernia de hiato, que acude a su médico de atención primaria, tras un ingreso previo hace un mes por infección respiratoria, por cuadro de 8-10 días de evolución, de aumento de su disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos, acompañado de tos y expectoración blanco amarillenta y febrícula. Dolor en hemitórax izquierdo de características pleuríticas. No ortopnea ni oliguria.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, TA 80/50, FC 85, satO2 94%. ACP: arrítmica sin soplos, sibilancias y crepitantes laterobasales derechas. EEII: pulsos femorales y poplíteos presentes bilaterales. Rx tórax: cardiomegalia, imagen de redistribución en zona paracardial izquierda. Gasometría arterial: pH 7,520, pCO2 34,9, pO2 62,4, HCO3: 28,3, Sat O2%: 93,2. Bioquímica: glu 82, U 121, Cr 1,98, TSH: 0,69. Troponinas 0,21. Hemograma: 13.100 leucos (76%s, 3% cayado), dímero D: 16.990. Resto normal. Ante dicha cifra se solicita TC pulmonar. AngioTAC: se observa infiltrado pulmonar en base izquierda; no se objetiva tromboembolismo. ECG: ACXFA a 90 lpm, eje a 0º, qrs con morfología de bloqueo de rama derecha, onda s en V1, dudosa onda q onda T en DIII.

Juicio clínico: Nueva descompensación en paciente EPOC por infección respiratoria.

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar. Neumonía aguda. Insuficiencia cardiaca aguda. Neumotórax.

Comentario final: El diagnóstico del TEP constituye un auténtico desafío para el médico de urgencias. La clave del pronóstico de esta enfermedad, que puede llegar a ser mortal, está en su detección lo más precozmente posible para instaurar el tratamiento y en este contexto, la determinación del dímero D aparece como una herramienta útil y fiable para colaborar en el proceso diagnóstico, pero su interpretación tiene que realizarse de una forma reglada y minuciosa, y sin olvidar otras posibles causas menos frecuentes y teniendo en cuanto los valores predictivos de nuestras pruebas diagnósticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo JM, Pérez M, Bureo P. Tromboembolismo pulmonar en el anciano. An Med Interna. 2003;20:21-4.

2. Bruinstroop E, Vn de Ree MA, Huisman MV. The use of D-dimer in specifi clinical conditions: a narrative review. Eur J Inter Med. 2009;20:441-6.

3. Echegaray M, Alonso JL, Urbieta MA, Abínzano ML, Gonzalez C, Solano M. Tromboembolismo pulmonar: evolución a largo plazo y epidemiología clínica. An Med Interna. 2003;20:451-6.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.