



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/74 - No siempre es lo que parece

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

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia; <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. <sup>c</sup>Médico de Familia. CS Alisal. Santander. <sup>d</sup>Médico de Familia. CS Camargo Interior. Maliaño. <sup>f</sup>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 febrícola. 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 0°, 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 cuenta 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 specific clinical conditions: a narrative review. Eur J Intern Med. 2009;20:441-6.

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