



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/55 - Vengo para quedarme

J. Villar Ramos^a, M. Montes^b, P. López Tens^c, A. Blanco García^d, D. Fernández Torre^e, A. Valcarce Leonisio^a, M. Vela Machío^f, J. Andino López^d, K. Baldeón^g y B. Sainz Santos^a

^aMédico de Familia. CS Dávila. Santander. ^bMédico de Familia. CS Camargo Interior. ^cMédico de Familia. CS Cazoña. ^dMédico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^eMédico de Familia. CS Camargo Costa. ^fMédico de Familia. CS El Alisal. ^gMédico de Familia. Hospital Sierrallana.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 72 años que acude por cuadro de 1 mes y medio con disnea y dolor de características pleurales irradiado al hombro. No opresión torácica. Refiere además tumefacción en EII con eritema asociado. Pérdida de 5 kilos en los últimos 3 meses. Como antecedentes personales destacan AR seronegativa y posible espondilodiscitis T7-T8 subaguda e hipoacusia neurosensorial. Tratamiento habitual: Noctamid 2 mg 0-0-1, Mtx 10 mg semanal, fentanilo parche 50 mg, omeprazol 20 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientado × 3. Normohidratado, normoperfundido, normocolorada. Eupneico en reposo. TA: 108/67. FC 102. T^a 36,5. SatO2 94% basal. AC: rítmica sin soplos. AP: hipovenilación pulmonar derecha. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias. Ruidos presentes. EEII: edema en EII con fóvea. No cordón venoso. APL: artritis en tobillo izquierdo. Sin otras alteraciones. Analítica: Bioquímica: normal. Troponinas: 0,01. Hemograma: leucos 9,1. Hb 10,4. Dímero D: 5.752. Rx tórax: cardiomegalia. Elevación de diafragma derecho. Condensación en pulmón derecho. TAC pulmonar: TEP bilateral sin datos de sobrecarga ventricular derecha. Signos compatibles con infarto pulmonar y datos de insuficiencia cardíaca. Eco-doppler MII: Sistema venoso profundo de ambos MMII está permeable. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, sin alteraciones en la repolarización. Eco-cardio post-TEP: sin datos de afectación de VD. FEVI normal.

Juicio clínico: TEP bilateral sin datos de sobrecarga ventricular derecha.

Diagnóstico diferencial: Disnea de origen pulmonar: obstrucción de vía aérea, TEP, edema pulmonar no cardiaco, neumotórax espontáneo, crisis asmática, broncoaspiración, neumonía con insuficiencia respiratoria, EPOC descompensado. Disnea de origen cardiaco: edema agudo de pulmón, infarto del miocardio, cor-pulmonar, taponamiento cardiaco. Disnea de causas infecciosas u otras causas: neumonía.

Comentario final: Dada la frecuencia con la que se presentan los TEP se debe sospechar ante cualquier disnea. Por lo general, se tratan de disnea de inicio súbito o bien agravando una disnea previa en enfermos cardiorrespiratorios crónicos. También son frecuentes la taquipnea y el dolor torácico, habitualmente de tipo pleurítico. En casos que hay infarto pulmonar debutan con hemoptisis. Existen escalas que nos ayudan de manera objetiva a establecer el grado de sospecha- Escala de Wells-. En cuanto a pruebas diagnósticas podemos solicitar Rx, dímero-D, TAC torácico, eco-doppler.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de TEP. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

2. Guía de actuación SEPAR para TEP.