Semergen. 2018;44(Espec Congr 1):51

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

# 349/45 - ¡DOCTOR, NO PUEDO RESPIRAR!

*M. Rodríguez[1]; B. Martínez Baeza[2]; C. García-Giralda Núñez[3]; D. Fernández Valdivieso[4]; G. Alonso Sánchez[1]; G. Muñoz Saura[5].*

*[1]Médico Residente de 3er año. Caravaca de la Cruz. Murcia.; [2]Médico Residente de 1er año. Caravaca de la Cruz. Murcia.; [3]Médico Residente de 2º año. Caravaca de la Cruz. Murcia.; [4]Médico Residente de 2º año. Orihuela. Alicante.; [5]Médico Residente de 3er año. Talavera de la Reina. Toledo.*

## Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años que consulta en atención primaria por dificultad respiratoria al caminar y mareo sin giro de objeto de 24 horas de evolución. Sin alergias medicamentosas conocidas y HTA. En tratamiento con Ibersantan 300 mg. Se realiza ECG donde se evidencian signos compatibles con TEP, por lo que se deriva a urgencias hospitalarias para ampliación de estudio.

Exploración y pruebas complementarias: FC: 92 l.p.m.,Sat.O2: 98 %,TA 132/90 mm Hg, Tª 36,4 ºC. AC: rítmica y sin soplos audibles. AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: sin alteraciones. MMII: edemas pretibiales hasta tercio inferior. Hemograma sin alteraciones significativas. Bioquímica a destacar CK-MB masa 7 ng/mL. Pro-BNP 3260pg/mL. Coagulación básica a destacar Dímero-D 4356 ug/L. Gasometría arterial sin alteraciones significativas. Rx sin hallazgos. ECG: taquicardia sinusal, ondas T invertidas de V1 a V4 y bloqueo de rama derecha. TC arterias pulmonares: Ocupación de la luz de ambas arterias pulmonares a nivel de la bifurcación compatible con TEP bilateral. Doppler de mmii venoso: Miembro inferior izquierdo: ocupación de vena femoral superficial por material trombótico.

Juicio clínico: TEP Bilateral. Trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Infarto de miocardio, pericarditis, insuficiencia cardiaca congestiva, neumotórax, neumonía, taponamiento pericárdico, pleuritis.

Comentario final: Tercera causa de muerte cardiovascular, tras enfermedad coronaria y los accidentes vasculares cerebrales. Los síntomas son disnea, dolor torácico, hemoptisis, síncope y tos. Al examen físico puede aparecer taquipnea, taquicardia e hipotensión. El electrocardiograma (alterado en menos de 10%) puede mostrar taquicardia sinusal, S1Q3T3, desviación del QRS a derecha, BCRD transitorio, inversión de ondas T y depresión del segmento ST en precordiales derechas. En los gases arteriales, normales hasta en un 40%, puede existir hipoxemia, hipocapnia y aumento de la diferencia alvéolo-arterial de oxígeno. Se recomienda utilizar sistemas de puntuación de probabilidad diagnóstica. El más utilizado es el Puntaje de Wells, que si la probabilidad clínica es baja para TEP y el dímero-D es normal, no se requiere más estudio ni tratamiento, ya que el valor predictivo negativo es 99%.

## Bibliografía

Aujesky D, Obrosky DS, Stone RA. Derivation and validation of a prognostic model for pulmonary embolism Am J Respir Crit Care Med, 2005;172:1041-1046.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.