



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-223 - ¿TAN SOLO ANSIEDAD?

E. López Victoria

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años sin factores de riesgo cardiovascular y con antecedentes de tromboflebitis superficial en miembros inferiores en dos ocasiones e hipertrofia endometrial, consulta varias veces por episodios de opresión precordial, palpitaciones, sensación de falta de aire y dolor costal. Se cataloga como trastorno por ansiedad y se inicia terapia psicológica y ansiolíticos. En una visita programada para el seguimiento refiere dolor en pantorrilla derecha de una semana de evolución. En la consulta de Atención Primaria se realiza eco-Doppler de MMII y se detecta material en vena poplítea e infrapoplítea derecha compatible con TVP a dicho nivel. Se deriva al Servicio de Urgencias Hospitalarias donde confirman el hallazgo ecográfico, se anticoagula a la paciente y se completa el estudio. Tratamiento actual: paroxetina, lorazepam.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 163/73 mmHg, FC: 80 lpm, afebril, SatO₂: 96%. A la exploración, aumento de diámetro de miembro inferior derecho respecto al contralateral, sin signos inflamatorios. Homans negativo. Sin otros hallazgos patológicos. Coagulación: dímero D 4.009, resto normal. Estudio de trombofilia: resistencia a la proteína C positivo, portadora heterocigota de la mutación G1691A del factor V de Leiden, resto negativo. Hemograma, bioquímica, radiografía de tórax y ECG sin alteraciones significativas. Eco-Doppler venoso de MID: trombosis de la vena poplítea y troncos infrapoplíteos. Vena femoral común y superficial permeables. AngioTAC torácico: defectos de repleción en arteria lobar pulmonar lingual, segmentaria de LSD y de ambos lóbulos inferiores, en relación con tromboembolismo pulmonar (TEP). Condensaciones periféricas en región lateral de LII de unos 2,5 cm y en base pulmonar derecha de unos 2 cm que sugieren infartos pulmonares en resolución.

Juicio clínico: Trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho y TEP con infartos pulmonares.

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca congestiva, arritmias, hipertiroidismo, feocromocitoma, abuso de drogas, alcoholismo.

Comentario final: Actualmente el diagnóstico del TEP continúa siendo un desafío para los médicos, ya que su clínica es muy inespecífica y la exploración física puede ser anodina. El médico de Atención Primaria ocupa un lugar privilegiado para el diagnóstico precoz, por lo que debe tener una alta sospecha en aquellos pacientes con factores de riesgo o clínica compatible. La forma de presentación más frecuente es la disnea súbita, aunque se puede presentar como dolor torácico, hemoptisis, fiebre o síncope. Los signos físicos más frecuentes son taquipnea y taquicardia, aunque el examen puede ser anodino. Es muy importante explorar los miembros inferiores buscando signos de trombosis. En último lugar, hay que tener en cuenta que los trastornos de ansiedad suponen un motivo de consulta muy frecuente. Por ello, es primordial realizar un

adecuado diagnóstico diferencial porque pueden pasar inadvertidas patologías graves como el TEP y las consecuencias de un diagnóstico tardío de esta patología pueden ser fatales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colás-Orós CE, de la Cruz-Beato D, et al. Diagnóstico tardío de tromboembolismo y sus consecuencias. Semergen. 2016;42:e1-e3.
2. Esteban-Jiménez Ó, Velázquez-Lupiañez L, et al. Tromboembolismo pulmonar en atención primaria. Semergen. 2013;39:175-8.