



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-165 - TEP EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Gago Braulio, J.M. González Sánchez, M. Marcos Fernández y R. Roncero Vidal

CS Pueblonuevo del Guadiana.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años que llama a Urgencias del Centro de Salud refiriendo un presíncope con sensación de mareo de unos 15 minutos de duración, pero sin llegar a caerse o perder el conocimiento. Además dolor en hemitórax izquierdo, de tipo opresivo irradiado a cuello y asociando cortejo vegetativo. En nuestro servicio, después de la exploración completa del paciente, se decide derivar al paciente al Servicio de Urgencias hospitalario, pues se considera preferente el estudio de los síntomas que presenta nuestro paciente.

Exploraciones y pruebas complementarias: Regular estado general. Orientado y colaborador. Palidez mucocutánea y sudoración. SatO2: 89%. AC: taquicárdico, arrítmico, no se auscultan soplos. AP: murmullo vesicular conservado con crepitantes finos en bases. Resto de exploración totalmente normal (abdomen, CyC, EEIII, neurológico). En este momento tras la sospecha por atención primaria, se estabiliza y se traslada al paciente al Servicio de Urgencias hospitalario. ECG: arrítmico a 102 lpm. Eje izquierdo. BIRDHH. Sin alteraciones agudas de la repolarización. Rx tórax: cardiomegalia, se aprecia la joroba de Hampton. Analítica: hemograma: Hb 14,6, VCM 87,5, HCM 29, 11.200 leucocitos, 250.000 plaquetas. Coagulación: TP 73%, INR 1,22, TTPA 27 seg, fibrinógeno 471. Bioquímica: glucemia 143, urea 28, creatinina 0,81, FGE > 60, Na 141, K 3,6, CPK 54, troponina 0,9, D-dímero 3.546. TAC tórax: defectos de repleción en ambas arterias pulmonares principales, lobares y segmentarias compatibles con TEP agudo bilateral. Tronco pulmonar, arteria pulmonar principal derecha e izquierdas aumentadas de calibre. Relación VD/VI > 1, patológico. Reflujo de contraste a venas suprahepáticas, patológico. Hallazgos sugestivos de sobrecarga cardiaca derecha. Consolidación en segmento basal anterior del LII con vidrio deslustrado periférico, sugestiva de infarto pulmonar como primera posibilidad diagnóstica.

Juicio clínico: TEP bilateral masivo con disfunción aguda del ventrículo derecho.

Diagnóstico diferencial: Taponamiento pericárdico, disección aórtica aguda, infarto de miocardio, neumotórax, insuficiencia cardiaca congestiva, neumonía, pericarditis.

Comentario final: El médico de atención primaria se encuentra en una posición privilegiada a la hora del diagnóstico precoz o sospecha de diagnósticos de TEP. Debe conocer los factores de riesgo y sospechar su presencia ante un cuadro clínico compatible. Ante un paciente con una disnea inexplicable, taquipnea o dolor torácico se debe sospechar esta etiología. Como hemos visto hasta el estudio hospitalario no se puede descartar esta enfermedad, por lo que es muy importante nuestra sospecha y orientación clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno F, Martínez B, Goñez MM. Tromboembolismo pulmonar. Guías clínicas Fisterra, 2006.

2. Gómez M, Muiño A, Cuenca C, López C. Tromboembolismo pulmonar. Medicine. 2007.
3. Esteban Jiménez O, Vela;zquez-Lupia;nez L, Marti;nez-Raposo Piedrafita MC, Cebollada-Gracia AD. Tromboembolismo pulmonar en atención primaria. Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Valdefierro, Zaragoza.