



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/399 - LA TEORÍA SE CUMPLE

V. Lumbreras González^a, J. Capón Álvarez^b, L. González Torre^c, E. Méndez Rodríguez^d, B. Peleteiro Cobo^d y Á. Morán Bayón^d

^aCentro de Salud de Bembibre. León. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ^cEnfermero Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ^dMédico Residente. Centro de Salud de Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: mujer de 42 años. No AMC. No hábitos tóxicos. Katz G. Vive con sus padres. Parálisis cerebral congénita. Hemiparesia derecha. Epilepsia. TEP LSD y LM en 2005. Cólicos nefríticos de repetición. Pies zambos. Obesidad mórbida. Tratamiento psiquiátrico. Enfermedad actual: avisan del domicilio por crisis de ausencia el día anterior, dolor torácico con aumento de su disnea habitual. Taquicárdica y taquipneica. Tras una valoración inicial in situ, se remite la paciente al Servicio de Urgencias del Hospital.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36,7 °C. TA: 132/84 mmHg. FC: 140 lpm. Saturación basal O₂ 94-95%. FR: taquipneica. Obesidad mórbida. Consciente, buena coloración de piel y mucosas. Bien hidratada. Cabeza y cuello: sin hallazgos. Tórax: AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC, roncus dispersos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. No masas ni megalias. No signos irritación peritoneal. Extremidades: Importante presencia de edemas en MMII. Pies zambos. Bioquímica: Dentro de la normalidad. Hemograma: Hb 11,8 g/dl, hto 36%, leucocitos 8.900mil/?L, plaquetas 155.000 mil/?L. Coagulación: dentro de la normalidad. Dímero-D: 9,81 mg/L. GAB al ingreso: pH 7,47; pCO₂ 38 mmHg; pO₂ 50 mmHg; saturación O₂ 86%. ECG: taquicardia sinusal a 136 lpm, sin alteraciones isquémicas agudas. Patrón SI QIII TIII. Rx tórax: sin hallazgos valorables. TAC de arterias pulmonares: Signos de tromboembolismo pulmonar subagudo máximo que afecta a las ramas que irrigan todos los lóbulos pulmonares sin ambos hemitórax con un trombo en "silla de montar" que se extiende entre ambas arterias pulmonares principales. No se observan infartos pulmonares, condensaciones ni derrame pleural. Doppler de miembros inferiores: Se valora la femoral común y la unión femoro-safena no objetivando trombosis venosa profunda en ambos niveles. Evolución y comentarios: Paciente que ingresa en el Servicio de Neumología procedente de Urgencias por disnea a consecuencia de TEP. Se mantiene estable desde el punto de vista neumológico sin datos de inestabilidad hemodinámica.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar de repetición. Insuficiencia respiratoria parcial.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, neumotórax, edema agudo de pulmón, pericarditis, SCA, pleuritis, disección de aorta.

Comentario final: Paciente hemodinámicamente estable, evoluciona favorablemente en planta con tratamiento anticoagulante y oxigenoterapia. Recordad que el algoritmo diagnóstico indica calcular la probabilidad de TEP según las escalas de Wells o Ginebra. En los casos de baja probabilidad o intermedia (como era el nuestro 4,5 y 7 puntos respectivamente) solicitaremos D-dímero y en caso de que este sea

patológico realizamos angioTAC. En casos de alta sospecha clínica realizamos angioTAC directamente.

Bibliografía

1. Sandoval J, Florenzo M. Diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo pulmonar. Revista Médica Clínica las Condes. 2015;26(3).
2. Uresandi F, Blanquer J, Congeer F, et al. Guía para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de TEP. SEPAR. 2004.
3. Balóira Villar A, Ruiz Iturriaga LA. Neumología de Urgencias. Archivos de Bronconeumología. 2010;46.