



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

452/91 - CLÍNICA ENMASCARADA EN PACIENTE ONCOLÓGICO

L. Mata Crespo¹, M. Alonso Alcañiz², J. Sánchez Melús¹, A. Novella Mena¹, C. Ortigosa Bea¹, M. Remacha Arrue³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Ernest Lluch. Zaragoza. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 81 años con antecedente de cáncer gástrico, diabetes mellitus tipo I, hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia venosa periférica. Acude a consulta por dolor continuo en hipocondrio derecho irradiado a espalda de 5 días de evolución con sensación nauseosa. Hace vida sedentaria. No refería proceso catarral previo, aunque sí cierta sensación de falta de aire que atribuía a su enfermedad pulmonar obstructiva crónica de base. Afebril. Ha recibido manejo analgésico sin mejoría clínica.

Exploración y pruebas complementarias: TA 119/77 mmHg, FC 110 lpm, 21 rpm, saturación O₂ basal 92%, temperatura 37 °C. Buen estado general. Normocoloreada y normohidratada. Glasgow 15. Abdomen blando, depresible. Doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Hernia umbilical no complicada. Puñopercusión negativa. Auscultación pulmonar: Hipoventilación generalizada por el dolor abdominal al respirar. Auscultación cardíaca: tonos cardíacos rítmicos. Miembros inferiores: en pierna izquierda presenta edema con fóvea y aumento de diámetro, no aumento de temperatura, no dolor ni enrojecimiento. Signo de Homans negativo. Índice de Wells > 4. Ante los antecedentes personales y exploración física, derivamos a urgencias para completar estudio. Analítica: leucocitos 15.500 con 81% de neutrófilos. Serie roja normal. Proteína C reactiva 43 mg/l. Función hepática y renal sin alteraciones. Dímero D: 2.184. Sedimento urinario: 500 leucocitos y 50 hematíes. Ecografía de abdomen: riñones ligeramente atróficos. No hay ectasia de vías excretoras. Vejiga sin hallazgos endoluminales. Hígado moderadamente esteatósico. Vesícula alitiásica. Vías biliares no dilatadas. Suprahepáticas sin ectasia. Páncreas y bazo sin alteraciones ecográficas valorables. No hay líquido libre intraabdominal. Ecografía Doppler de troncos venosos profundos, extremidad inferior derecha: Trombosis venosa profunda femoral superficial segmentaria en la porción inferior. TAC torácico: tromboembolismo pulmonar en arterias segmentarias de lóbulo inferior derecho y proceso consolidativo parenquimatoso que sugiere corresponder a infarto pulmonar.

Juicio clínico: Trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar e infarto pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Colecistitis. Pancreatitis. Pielonefritis.

Comentario final: La importancia de este caso recae en la gravedad del problema y la escasa sintomatología inicial en el paciente. Se trata de una mujer de edad avanzada, pluripatológica, que tolera muy bien el dolor en pierna izquierda y la disnea por lo que hizo que el diagnóstico fuera especialmente por la exploración

clínica. Los médicos de atención primaria no deben limitar la sospecha diagnóstica de TEP a aquellos pacientes con presentación típica, y esta posibilidad diagnóstica debe ser considerada no solo ante la presencia de síntomas agudos, sino también en aquellos pacientes con síntomas respiratorios de evolución prolongada. Además, deben conocer los factores de riesgo y sospechar la presencia de un tromboembolismo pulmonar. Uno de cada 10-20 personas con cáncer padece además una trombosis venosa profunda o embolia pulmonar, siendo estas patologías la segunda causa de muerte en enfermos oncológicos

Bibliografía

Barco S, Konstantinides SV. Risk-adapted management of pulmonary embolism. *Tromb Res.* 2017;151(Suppl 1):S92-6

Kearon C, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST Guideline and Expert Panel Repor. *Chest.* 2016;149:315-52.

Palabras clave: Edema. Disnea. Taquipnea. Oncología. Pluripatología.