



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

452/84 - DISNEA: A PESAR DE LO QUE EL PACIENTE PIENSA

B. Pérez Ginés¹, S. Muñoz Jacobo², A. Novella Mena¹, C. Ortigosa Bea¹, R. Peiré Castillo¹, C. Olvera Tenezaca³

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

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 76 años. Antecedentes de hipertensión arterial, obesidad, depresión, síndrome de apnea obstructiva del sueño. Intervenida quirúrgicamente de prótesis de rodilla. En tratamiento con valsartán/amlodipino/hidroclorotiazida 5/160/25 mg, duloxetina y CPAP nocturno. Sin alergias medicamentosas conocidas. Acude a nuestra consulta de Atención Primaria por disnea de mínimos esfuerzos sin ortopnea, asociado a sensación opresiva retroesternal mal definida de 4 días de evolución, que la paciente relaciona con atragantamiento alimenticio (hueso de pollo) el día previo. Relata ingestas posteriores con normalidad. Inicio brusco. No dolor torácico ni palpitaciones. No tos ni expectoración. No náuseas ni vómitos. No alteraciones del hábito deposicional. No otros episodios previos similares.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 120/68, Frecuencia cardíaca: 103, Temperatura: 36,7 °C, Saturación de oxígeno: 94%. Estado general conservado, consciente, orientada, reactiva, perceptiva. Glasgow 15. Normocoloreada, normohidratada. ACP rítmico sin soplos. No ingurgitación yugular. Eupneica. Normoventilación. Abdomen globuloso, depresible, sin signos de irritación peritoneal. No doloroso a la palpación. Edemas con fóvea bimaleolares en extremidades inferiores. Signos de insuficiencia venosa crónica. Se realiza ECG: taquicardia sinusal a 100 latidos por minuto. Patrón S1Q3T3. Inversión de la onda T V1-V4. Alteraciones no presentes en ECG previos que visualizamos en historia clínica electrónica. Ante una disnea de inicio súbito (a pesar de la insistencia de la paciente en atribuir el cuadro clínico al atragantamiento alimenticio) y las alteraciones electrocardiográficas, se decide derivar a urgencias para ampliación de estudio. Analítica: destaca dímero D 5.200 ng/ml, troponina T 69 ng/L, proBNP 1.800, resto normal. Rx tórax: sin alteraciones pleuroparenquimatosas agudas. Angio-TAC urgente: tromboembolismo pulmonar bilateral. Sin signos radiológicos de sobrecarga cardíaca derecha. Adenopatías mediastínicas de etiología probablemente tumoral como primera posibilidad. PET-TAC: Ganglios axilares y mediastínicos prevasculares izquierdos y subcarinal que se comportan metabólicamente como benignos. Sin evidencia de enfermedad tumoral macroscópica activa. Ecocardiograma transtorácico: ritmo sinusal. Ventrículo izquierdo de dimensión normal, sin aparentes alteraciones segmentarias de la contractilidad. FEVI estimada 74%. Cavidades derechas normales en dimensión, con función de ventrículo derecho ligeramente deprimida.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral.

Diagnóstico diferencial: Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño. Infección respiratoria. Crisis aguda asmática. EPOC. Neumotórax. Insuficiencia cardíaca. Arritmia cardíaca. Tromboembolismo pulmonar. Ansiedad. Alteraciones metabólicas.

Comentario final: Se procedió al ingreso de la paciente. Se instauró tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas sin objetivarse incidencias. Desde Atención Primaria, resulta una labor importante diferenciar entre disnea aguda y agudización de una disnea crónica, además de determinar posibles factores desencadenantes. Bien es cierto, que en ocasiones la versión del paciente puede convertir esta tarea en un auténtico reto. El tromboembolismo pulmonar se caracteriza por su amplia variedad de presentación, que va desde ausencia de síntomas hasta shock o muerte súbita. Debemos plantearlo y considerarlo en las posibles causas de disnea, teniendo en cuenta que se trata de una patología con alta morbimortalidad, pero difícil de diagnosticar por la inespecificidad con la que se presenta en ocasiones.

Bibliografía

Thompson, BT. Kabrhel, C. Pena, C: Clinical presentation, evaluation, and diagnosis of the nonpregnant adult with suspected acute pulmonary embolism. UpToDate, 2019.

Thompson, BT Kabrhel C. Overview of acute pulmonary embolism in adults. UpToDate, 2019.

Palabras clave: Disnea. Tromboembolia pulmonar.