



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

452/54 - DOCTOR, ¿POR QUÉ ME AHOGO?

M. López Hernández¹, P. Sanz Puertolas¹, G. de los Santos Martínez¹, C. Martín Beltrán², G. Pérez Clavijo³, M. González Acosta¹

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Binéfar. Huesca. ²EAP. Centro de Salud Binéfar. Huesca. ³Médico de Urgencias. Hospital San Jorge. Huesca.

Resumen

Descripción del caso: Recibimos aviso en nuestro puesto de atención continuada por caída de un varón de 65 años de tres metros de altura. A nuestra llegada consciente, orientado, y aqueja dolor intenso a nivel de extremidad inferior derecha.

Exploración y pruebas complementarias: Tras exploración constatamos acortamiento y sangrado de herida a nivel de tercio distal de zona femoral anterior por lo que se procede a canalizar vía periférica, analgesia y colocamos inmovilización de la extremidad. Aviso 061 que traslada a Urgencias y tras valoración radiológica se diagnostica fractura abierta de fémur derecho por lo que ingresa en planta de traumatología para intervención quirúrgica. Tras un mes de la intervención hallazgo de exudado purulento en la herida por lo que se decide nueva intervención para excéresis de tejido necrótico y esfacelos. Dado de alta con antibioticoterapia de amplio espectro y heparinas de bajo peso molecular. En domicilio regular evolución. A las veinticuatro horas desde el alta, aqueja disnea de reposo continua, saturación 90%, taquipnea, palidez cutáneo-mucosa, tensión arterial de 100/60, frecuencia cardíaca de 110 latidos por minutos. Dados los antecedentes de intervención quirúrgica realizamos Escala de Wells riesgo de TEP: 3 (intermedio) por lo que derivamos al Servicio de Urgencias donde realizan TAC torácico con contraste que informan múltiples defectos de repleción en arteria pulmonar derecha en relación con extenso tromboembolismo. Igualmente, en el territorio de arteria pulmonar izquierda se aprecian aislados defectos de repleción en algunas arterias segmentarias en relación con tromboembolismo. Ingresa en UCI.

Juicio clínico: TEP bilateral. Infección de la fractura conminuta fémur derecho.

Diagnóstico diferencial: Neumonía: Como norma general cursa con tos, expectoración mucopurulenta, fiebre y disnea. IAM. Dolor torácico opresivo que puede estar irradiado hacia brazo izquierdo, con o sin cortejo vegetativo, puede cursar con disnea súbita como nuestro paciente pero en el ECG suelen haber cambios que sugieren isquemia miocárdica. Neumotórax a tensión, nuestro paciente presentaba un traumatismo previo pero los síntomas de disnea súbita, dolor torácico, insuficiencia respiratoria y taquicardia no estaban presentes. Asma bronquial. Disnea, sibilancias, tos y sensación de opresión en el pecho. Edema agudo de pulmón. Disnea de predominio con decúbito, sibilantes y crepitantes en ambos campos pulmonares, piel fría, húmeda, inquietud, tos con expectoración espumosa, cianosis labial, taquicardia, arritmia en ocasiones.

Comentario final: Buena evolución con tratamiento anticoagulante con HBPM. Se contacta con Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet para continuar tratamiento de infección de la herida quirúrgica. El TEP es una obstrucción de la arteria pulmonar o una de sus ramas por un trombo originado a

distancia, la mayor parte de las veces desde las extremidades inferiores que puede comprometer la vida del paciente. Requiere de la audaz sospecha clínica y el apoyo de los métodos de imágenes, gasometría, dímero D. ECG. En nuestro caso se sospechó inmediatamente tras el alta la posibilidad de TEP.

Bibliografía

Guías Clínicas TEP. Fistera. 2012.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Disnea. Tromboembolismo. Fractura. Fémur.