

CARTA CLÍNICA

Hallazgo poco frecuente en la ecografía clínica multiórgano de una paciente con disnea



Rare finding in clinical multiorgan ultrasonography of a patient with dyspnea

El paciente que presenta disnea es un escenario clínico habitual donde el médico de familia desarrolla un papel importante en busca de la etiología más probable. Individualizar cada paciente en el contexto de los antecedentes previos, la clínica presente y la exploración física es clave para el adecuado plan terapéutico. El resurgir que está presentando hoy en día la ecografía clínica supone un aumento en la precisión diagnóstica con respecto a la propia radiografía de tórax¹ en procesos concretos como son el derrame pleural, el neumotórax y las consolidaciones pulmonares². Además, el uso de las diferentes sondas ecográficas permite explorar y afianzar nuestra sospecha clínica en una probable etiología cardíaca o trombótica en el sistema venoso³, llevando a cabo ecografía clínica multiórgano⁴ con una valoración cardíaca-pulmonar-vascular del paciente con disnea.

Mujer de 61 años con carcinoma renal de células claras izquierdo metastásico, desde hacía 8 meses en seguimiento por cuidados paliativos, acudió a la consulta de atención primaria por disnea desde hacía 24 h. Las constantes revelaban una taquicardia a 115 latidos por minuto, una taquipnea de 22 respiraciones por minuto, temperatura axilar de 36,5 °C, presión arterial 140/86 mm Hg y una glucemia capilar de 105 mg/dl. El electrocardiograma mostraba un ritmo sinusal, sin alteraciones en la repolarización ni cambios patológicos en las diferentes ondas e intervalos. La exploración física objetivó mal estado general con un aspecto fundamentado en la palidez mucocutánea. La auscultación cardíaca no presentaba soplos ni roces y la auscultación pulmonar valoró buena entrada de aire en la totalidad de los campos pulmonares sin ruidos patológicos sobreañadidos. En el abdomen no se palparon masas, era blando y no doloroso a la palpación. Los miembros inferiores no presentaban edemas ni signos de trombosis.

Con la presentación clínica de disnea aguda en una paciente oncológica, llevamos a cabo una ecografía clínica de corazón, pulmonar y sistema venoso en miembros inferiores para descartar una causa pulmonar que justificara la disnea, la presencia de datos indirectos de tromboembolismo

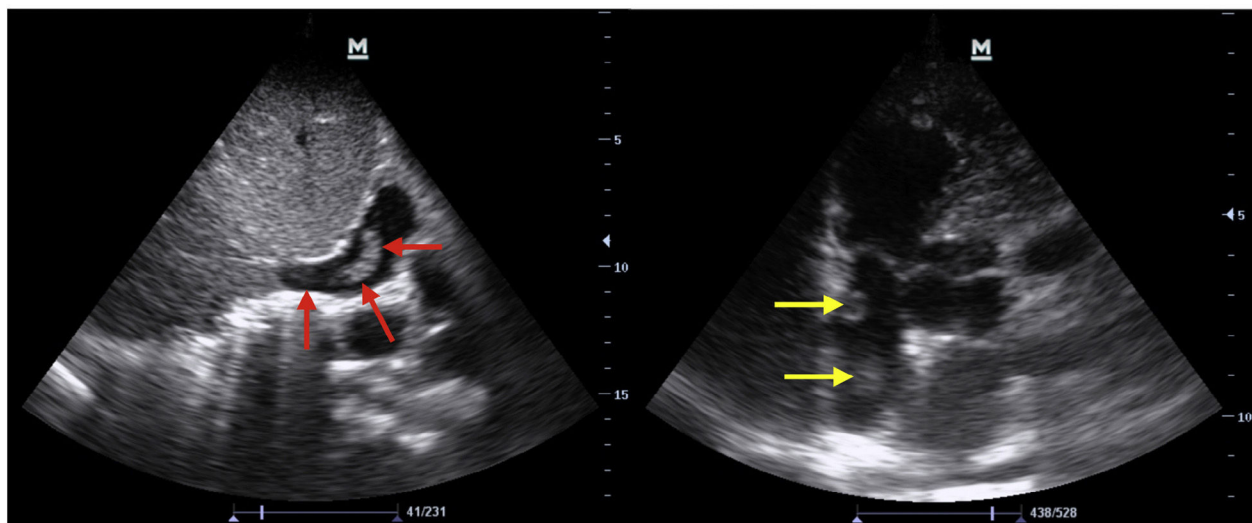


Figura 1 Ecocardiografía clínica a pie de cama. En la imagen de la izquierda se evidencia trombo en la vena cava inferior que incluso se extiende hasta la aurícula derecha como indican las flechas rojas, desde un plano subcostal en ventana subxifoidea. En la imagen de la derecha se visualizan dos trombos en tránsito en la aurícula derecha señalados con las flechas amarillas, desde un plano apical de dos cámaras en ventana apical.

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.101976>

1138-3593/© 2023 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

pulmonar en la ecocardiografía clínica o signos ecográficos de trombosis venosa profunda en el estudio venoso de ambos miembros inferiores. La ecografía pulmonar con sonda convexa fue normal con deslizamiento pleural presente y líneas A bilateral, sin derrame pleural en ambos hemitórax. El sistema venoso profundo y superficial de ambas piernas no mostró signos de trombosis con técnica de compresión simplificada con sonda lineal. Sin embargo, en el plano apical de dos cámaras con sonda sectorial en el ápex cardíaco se visualizaron dos trombos en tránsito en la aurícula derecha que se asociaron a un trombo que se introdujo en la aurícula derecha, presente en la porción más proximal de la vena cava inferior visualizado en un plano subcostal (fig. 1). Ya con el diagnóstico del trombo visualizado en la vena cava inferior se derivó a la paciente al servicio de urgencias hospitalario de referencia para establecer las medidas de soporte hemodinámico y terapéuticas correspondientes.

Afrontar al paciente con disnea sin causa aparente es siempre un auténtico desafío para el médico de familia, y la ecografía clínica multiórgano ha demostrado ser una herramienta básica en la valoración de este síndrome, como así quedó refrendado en el documento de consenso publicado por Villén et al.⁴. El carcinoma renal se asocia a trombosis de la vena cava inferior en el 2-10% de los pacientes, incluso se extiende hasta la aurícula derecha en el 1% de los casos⁵. Por tanto, los autores creemos firmemente en la formación reglada de todos los médicos de familia en ecografía clínica mediante programas de formación, con distintos niveles de capacitación que garanticen un correcto uso de la ecografía para redundar en el beneficio de nuestros pacientes.

Consideraciones éticas

En el caso clínico no aparecen datos de la paciente ni implica otra razón por la que se necesite CEIC.

Financiación

No se ha disfrutado de financiación para la elaboración del caso clínico.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Lichtenstein D, Goldstein I, Mourgeon E, Cluzel P, Grenier P, Rouby JJ. Comparative diagnostic performances of auscultation, chest radiography, and lung ultrasonography in acute respiratory distress syndrome. *Anesthesiology*. 2004;100:9–15.
2. Volpicelli G, Elbarbary M, Blaivas M, Lichtenstein DA, Mathis G, Kirkpatrick AW, et al. International Liaison Committee on Lung Ultrasound (ILC-LUS) for International Consensus Conference on Lung Ultrasound (ICC-LUS) International evidence-based recommendations for point-of-care lung ultrasound. *Intensive Care Med*. 2012;38:577–91.
3. Lichtenstein DA, Mezière GA. Relevance of lung ultrasound in the diagnosis of acute respiratory failure: the BLUE protocol. *Chest J*. 2008;134:117–25.
4. Villén Villegas T, Campo Linares R, Alonso Viladot JR, Martínez Mas R, Luque Hernández MJ, Ruiz Durán M, et al. Description of basic competencies in clinical ultrasound imaging for emergency departments. *Emergencias*. 2022;34:377–87.
5. Kirkali Z, van Poppel H. A critical analysis of surgery for kidney cancer with vena cava invasion. *Eur Urol*. 2007;52:658–62.

C. Montero-Peña^{a,b,*}, M. Bernabeu-Wittel^c
y A.Á. Oviedo-García^d

^a Hospital Comarcal Don Benito Villanueva de la Serena, Don Benito, Extremadura, España

^b Centro de Salud Don Benito Oeste, Don Benito, Extremadura, España

^c Medicina interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^d Hospital Virgen de Valme, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristian.monpe@hotmail.com
(C. Montero-Peña).