



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

423/174 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CON UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA

A. Cruz Núñez¹, C. Marcos Alonso², W. González Sifuentes³, B. Berruete Gómez⁴

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Olariz. Álava. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Montequinto. Sevilla. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Lakuabizkarra. Álava, ⁴Médico adjunto. HUA-Santiago Apóstol. Álava.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 49 años, sin factores de riesgo cardiovascular, con antecedente de tumorectomía de mama izquierda por mastopatía fibroquística y abdominoplastia reciente (hacia seis semanas), que acude por dolor laterocervical izquierdo rápidamente progresivo irradiado a área subescapular ipsilateral y región centrotorácica, así como disnea moderada. El dolor no se modifica claramente con la inspiración. Niega cuadro infeccioso reciente. No sintomatología a otro nivel. No toma medicación de forma habitual.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente ansiosa. Constantes vitales dentro de la normalidad, salvo leve taquipnea. Aumento del dolor con la presión sobre región sintomática, objetivándose una tumoración laterocervical izquierda, pulsátil, con soplo carotídeo ipsilateral tenue asociado. La auscultación cardiopulmonar es normal. El ECG y la analítica sanguínea no muestran alteraciones significativas, a excepción de elevación de dímero-D (solicitado por sospecha de síndrome aórtico) de 2.950 ng/ml. Se comenta caso con radióloga de guardia y se realiza angioTC de TSA que no evidencia lesión aguda a nivel laterocervical, pero sí muestra posibles defectos de repleción en arterias pulmonares, por lo que se completa con angioTC de arterias pulmonares que confirma la presencia de tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral con infarto de llingula asociado. Se amplía estudio con eco-Doppler de EEII, donde se visualiza un trombo tibial anterior izquierda. Se inicia anticoagulación y se ingresa para estudio etiológico y control de síntomas.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar e infarto de llingula probablemente secundario a trombosis tibial anterior izquierda en paciente con cirugía de pared abdominal reciente.

Diagnóstico diferencial: Ansiedad. Dolor osteomuscular. Síndrome aórtico.

Comentario final: Se denomina TEP a la obstrucción de una arteria pulmonar o sus ramas por contenido (trombo, aire, grasa, fragmento tumoral...) procedente de otra localización anatómica. La etiopatogenia del TEP de origen trombótico se resume en la triada de Virchow (estasis venosa, daño endotelial y estado de hipercoagulabilidad). La presentación clínica del TEP es muy variable, pudiendo cursar tanto de forma asintomática, como con síntomas de diversa intensidad o incluso como shock y muerte. Los síntomas más frecuentes son disnea (73%), dolor torácico pleurítico (66%), tos (37%), ortopnea (28%), sibilancias (21%) y hemoptisis (13%). Otros síntomas también relacionados, pero menos frecuentes (< 10%) son la presencia de arritmias, presíncope/síncope o

shock hemodinámico. No obstante, existen infinidad de síntomas que pueden estar relacionados o simular otras patologías -en el caso de nuestra paciente ansiedad, síndrome aórtico. Es por ello que resulta de vital importancia mantener alto nivel de sospecha para que casos que puedan ser clínicamente relevantes no pasen desapercibidos. La evaluación de la probabilidad pretest mediante la escala de Wells, y la medición del dímero-D en sangre en aquellos casos con baja probabilidad permite excluir el diagnóstico de TEP en caso de un dímero-D negativo (< 500 ng/ml) sin precisar más pruebas complementarias, en aquellos casos con alta probabilidad en la escala de Wells o con resultado positivo de dímero-D está indicada la realización de una prueba de imagen, siendo el angioTC la prueba de elección.

Bibliografía

Taylor Thomson B, Kabrthel C. Overview of acute pulmonary embolism in adults, 2018.

Manning WJ, Black JH. Overview of acute aortic dissection and other acute aortic syndromes. UpToDate, 2018.