



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2653 - EPIGASTRALGIA ATÍPICA

M. Solana Palazón^a, J. Ballesta Lozano^a, M. Vigil Velis^b, L. Monteagudo González^c, M.M. Antonio González^d, L.M. González Torres^e, M. Serna Martínez^a, S. Herreros Juárez^a, S. Hernández Baño^a y E. Ruíz García^a

^aMédico Residente. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. ^bIntensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Infante. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: AP: HTA. Hipotiroidismo por tiroiditis crónica de Hashimoto. Insuficiencia suprarrenal por corticoterapia crónica. EA: Mujer, 62 años. Consulta en urgencias por disnea, astenia y aumento de tamaño de MID desde hace dos meses. Tratada con corticoides intravenosos presenta mejoría pero previo al alta: deposiciones líquidas, mareo y sudoración profusa. Pasa a camas de observación y se consulta con UCI por asociar ECG sugestivo de cardiopatía isquémica. Ingresa en UCI donde presenta epigastralgia, disnea y sensación de muerte. Un nuevo ECG, no justifica la clínica, se inicia VMNI y se realiza ecocardiograma: VD muy dilatado. Ante alta sospecha de tromboembolia pulmonar (EP) se decide trombolisis con rt-PA.

Exploración y pruebas complementarias: PAS: 76 mmHg. PAD: 50 mmHg. FC: 112 lpm. FR: 30 rpm. SatO₂: 89% T^a: 37,0 °C. CyO, sudorosa, pálida. CyC: No IY. AC: tonos rítmicos apagados, no soplos ni roce pericárdico. AP: algún sibilante aislado, mvc. Abdomen: doloroso en epigastrio sin peritonismo. Mmii: edemas pretibiales. Hemograma: Hb: 9,4 g/dL. Leuc: 7,3 × 10³/uL. N: 75%. Pla^q: 319,0 × 10³/uL. Bioquímica: Gluc: 292,0 mg/dl. Creat: 1,6 mg/dl. Na: 140,0 mmol/L. K: 4,1 mmol/L. Trop I: 0,05. GSV: FiO₂: 100,0. pH: 7,12. pCO₂: 25,3 mmHg. CO₃H: 9,3 mmHg. Lactato: 9,8 mmol/L. Coagulación: dímero D 24.896 ng/mL. ECG: RS a 112 lpm. Patrón SI-QIII. Elevación 1,5 mm en aVR, V1. Descenso de 2 mm ST en V5 y V6. BIRD. Rx tórax: discreta cardiomegalia. Sin infiltrados.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar

Diagnóstico diferencial: Disección de aorta. Neumotórax. Neumonía. SCA. Taponamiento cardiaco. Disfunción valvular aguda. Insuficiencia suprarrenal. Mixedema.

Comentario final: El EP es la forma más grave de embolia venosa. Ante la sospecha clínica e inestabilidad hemodinámica de la paciente, se decidió realización de ecocardiografía. Ésta es patológica en el 25% de los EPs y tiene un alto valor predictivo positivo. La insuficiencia aguda del VD con bajo gasto es la principal causa de muerte de estos pacientes. Por tanto, ante una alta sospecha: iniciad anticoagulación sin los resultados de pruebas diagnósticas. Tras la anticoagulación, la paciente evolucionó favorablemente, confirmándose el diagnóstico por TACAR.

Bibliografía

1. Konstantinides SV. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *European Heart Journal*. 2014;35:3033-80.

Palabras clave: *Tromboembolismo pulmonar.*