



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2459 - SÍNTOMA DE PATOLOGÍA SUBYACENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

M. García Aroca^a, C. Celada Roldán^a, S. Blasco Muñoz^b, E. Sánchez Pablo^c, A. Salas Sola^c, J.E. Cabrera Sevilla^d, K.P. Baldeón Cuenca^e, J. Ramos González^f, A.E. Pérez Díaz^g y E.R. Schmucke Forty^h

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. ^dMédico de Urgencias. Pediatra. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna. ^fMédico de Familia. Centro de Salud La Unión. Cartagena. ^gMédico Residente. Centro de Salud San Antón. Cartagena. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 76 años que acude a consulta e Atención Primaria (AP) refiriendo astenia y disnea de 1 semana de evolución de moderados esfuerzos asociando desde hace 1 hora dolor torácico de características opresivas e irradiado a mandíbula bilateralmente sin otros síntomas asociados. Entre sus antecedentes: Hipertensión arterial sin tratamiento, diabetes mellitus 2, dislipemia, taquicardia paroxística supraventricular (portadora de Holter de larga evolución) y depresión. En tratamiento con adiro 100, atorvastatina 10, bisoprolol 2.5, omeprazol 20 mg, repaglinida 2 mg, vildagliptina 50 mg, mirtazapina 15 mg, sertralina 100 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta un aceptable estado general, leve taquipnea en reposo saturando al 90%. Se ausculta tonos rítmicos con crepitantes finos en bases siendo el resto anodino. Se realiza electrocardiograma observando BRIHH y T negativas de V1 a V4, gasometría arterial (pH 7,42, PCO2 41, pO2 68,2) y se remite a hospital de referencia con solicitud de pruebas complementarias. Analítica: glucosa 229, PCR 1,2, dímero D 1.704 ng/mL. Radiografía tórax normal. Angio-TAC tórax: TEP bilateral. Leve-moderado derrame pleural bilateral con atelectasias pasivas asociadas.

Juicio clínico: Trombembolismo pulmonar bilateral segmentario.

Diagnóstico diferencial: Edema agudo de pulmón. IAM. Neumonía. Pericarditis. Pleuritis. Insuficiencia cardíaca congestiva. Taponamiento cardíaco. Neumotórax.

Comentario final: El TEP produce cuadros clínicos muy diversos que varían desde el síncope o muerte súbita a un cuadro inespecífico que emula una infección respiratoria. Es una patología frecuente con alta morbilidad y mortalidad. No es conocida su incidencia real debido a la gran variabilidad clínica y a las dificultades para su diagnóstico más si cabe, en un Centro de Salud donde la petición de pruebas que colaboren para el diagnóstico se reducen a la realización de una buena historia clínica y anamnesis, claves para instaurar un diagnóstico y tratamiento precoz y efectivo.

Bibliografía

1. Parkin L, Skegg DCG, Wilson M, Herbison GP, Paul C. Oral contraceptives and fatal pulmonary embolism. Lancet. 2000;355:2133-4.
2. Greaves SM, Hart EM, Aberve DR. CT of pulmonary thromboembolism. Semin US CT MR. 1997;18:323-37.

Palabras clave: *Trombembolismo. Disnea.*