



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1078 - DE LAS CONSTANTES AL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) MASIVO

L. Montoya Salvadó^a, B. López Rodríguez^b, M. Vilarrubí Estrella^c, A. Pujol Flores^d, P. Losada León^e y S. Roig^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. ICS Metropolitana. ABS 4 Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. ^bMédico de Familia. ABS 4 Santa Coloma de Gramenet. ICS Metropolitana Nord. Barcelona. ^cMédico de Familia. ABS4 Riu Nord Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. ICS Metropolitana Nord. ABS 4 Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS4 Riu Nord Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet. ^fMédico de Familia. ABS4 Riu Nord Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 47 años, natural de Marruecos. Sin hábitos tóxicos ni antecedentes clínicos ni familiares de interés. PARA 2-0-0-2. Acude al CAP por disnea al andar < 24h acompañada de dolor torácico y costal izquierdo tipo punzante, palpitaciones y sudoración. Remite espontáneamente con reposo. Niega distermia, náuseas, vómitos, sensación de inestabilidad. No edemas o tumefacción en EEII. No inmovilización, viajes largos, síntomas respiratorios o eventos estresantes los días previos.

Exploración y pruebas complementarias: En el CAP buen aspecto general, normohidratada, normocoloreada, FC 120x', FR 14x', SaO₂ 97%, afebril, normotensa. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos con tercer ruido de galope. Auscultación pulmonar normal. Sin edemas en EEII, pulsos periféricos conservados, sin signos aparentes TVP ni TVS. Signo de Hommans negativo. Palpación condrocostal y esternocondra indolora. ECG, sin dolor: ritmo sinusal a 105x', QRS estrecho, eje 0°, voltajes pequeños DIII, PR 0,12 y QTc rango normal, sin alteraciones de repolarización. Rx tórax: índice cardiotorácico levemente aumentado. Exploraciones hospitalarias: elevación de troponinas (0,53 ug/L) y D-dímero (2.368 ng/mL), resto normal. TAC torácico: defectos de repleción en ambas arterias pulmonares principales, compatible con TEP bilateral masivo. Ecocardiograma: posible sobrecarga y leve dilatación de VD. Mínima hipocinesia anterior, IT moderada y moderada-grave HTOP. Pericardio normal.

Juicio clínico: Se decide derivación a hospital de referencia para completar estudio de disnea súbita dado que se trata de una paciente joven con taquicardia mantenida en reposo y puntuación de 4,5 en la escalera Wells (probabilidad moderada de TEP).

Diagnóstico diferencial: Asma de esfuerzo, derrame pericárdico, TEP.

Comentario final: La toma de constantes objetivó un estado hemodinámico injustificable en reposo, sin desencadenantes ni factores de riesgo cardiovascular asociados, que nos obligó a descartar causas mayores. Las escalas validadas de nuestro medio nos ayudan en la orientación diagnóstica.

Bibliografía

1. Thompson, B.T; Kabrhel, C; Clinical presentation evaluation, and diagnosis of nonpregnant adult with suspected acute pulmonary embolism. Fecha última actualización: 10 Marzo 2017. Consultado 25 Mayo 2017. Disponible en:
http://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-evaluation-and-diagnosis-of-the-nonpregnant-adult-with-suspected-acute-pulmonary-embolism?source=search_result&search=massive+thromboembolism&selectedTitle=4~150

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Disnea de esfuerzo. Taquicardia.