



242/3982 - DISNEA EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Fuentes Cruzado^a, M. Martínez Montero^b, Á. Fuentes Cruzado^c y R. Baró Álvarez^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid. ^cEnfermero de Atención Primaria. Centro de Salud Parque Europa. Pinto. Madrid. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Trueta. Alcorcón. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 29 años que acude a consulta por disnea de moderados esfuerzos de 2 semanas de evolución. No dolor torácico, síncope ni otra clínica. Realiza ejercicio físico diariamente. Niega viajes de duración prolongada ni intervenciones quirúrgicas recientes. Dos meses después, consulta por progresión de la disnea hasta hacerse de pequeños esfuerzos.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 120/75 mmHg. Frecuencia cardíaca: 70 lpm. Saturación de oxígeno basal: 92%. Taquipneica y con empleo de musculatura respiratoria accesoria. Auscultación cardiopulmonar normal. Miembros inferiores sin edemas ni datos de trombosis venosa profunda. Electrocardiograma normal. Se deriva a Urgencias para realización de radiografía de tórax, que muestra un infiltrado parahiliar derecho en lóbulo medio. En la analítica se objetiva hipocapnia (33,40 mmHg) y dímero D elevado (4.200 ng/mL). Se efectúa angioTAC, que muestra defectos de repleción bilaterales en la bifurcación de las arterias pulmonares izquierda y derecha. Consolidación en lóbulo medio de posible significado isquémico. La ecografía Doppler venosa de miembros inferiores descarta trombosis venosa profunda. A través del ecocardiograma transtorácico se estima una presión sistólica arterial pulmonar de 55 mmHg.

Juicio clínico: Embolismo pulmonar bilateral submasivo. Infarto pulmonar en lóbulo medio. Hipertensión pulmonar moderada-grave.

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad, pericarditis aguda, síndrome coronario agudo, neumonía, neumotórax, asma, hipertensión pulmonar y edema agudo de pulmón.

Comentario final: La disnea es un motivo de consulta frecuente en atención primaria que puede constituir la manifestación temprana de patologías graves. El tromboembolismo pulmonar puede ser asintomático o cursar con disnea, dolor torácico pleurítico o síncope. Su estudio se completa con electrocardiograma, radiografía de tórax, analítica completa y angioTAC. Su manejo terapéutico engloba desde anticoagulación a fibrinólisis.

Bibliografía

1. Blohlávek J, Dytrych V, Linhart A. Pulmonary embolism, part I: Epidemiology, risk factors and risk stratification, pathophysiology, clinical presentation, diagnosis and nonthrombotic pulmonary embolism. *Exp Clin Cardiol.* 2013;18(2):129-38.
2. Sekhri V; Mehta N, Rawat N, Lehrman SG, Aronow WS. Management of massive and nonmassive pulmonary embolism. *Arch Med Sci.* 2012; 8(6):957-69.

Palabras clave: Disnea. Tromboembolismo pulmonar.