



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1555 - LA ESPERANZA DE UN SUSPIRO

G. Tanoira Carballo¹ y J. Pérez Saugar²

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca 1. Cuenca. ²Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca 2. Cuenca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 30 años, fumador, que acude de urgencia a nuestra consulta por un episodio de síncope de segundos de duración, asociado a dolor torácico opresivo de características pleuríticas sin irradiación. No ha presentado movimientos tónico-clónicos, ni relajación de esfínteres. Además, cuenta un episodio de tos con hemoptisis.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física, el paciente está consciente, pero con sudoración profusa y signos de inestabilidad. En la auscultación cardiaca soplo sistólico en foco aórticos sin irradiación a carótidas. Presenta una exploración neurológica anodina y el resto de la exploración física por órganos y aparatos es normal. En el EKG realizado se aprecia un descenso del ST en V3 y V4. Se decide derivar al paciente al hospital más cercano para completar estudio. En la analítica de sangre, elevación de troponinas 200 ng/L, y trombopenia de 73 mil/mmc. Radiografía de tórax sin alteraciones. El paciente ingresa en UCI. En el angioTAC se aprecian defectos de repleción en las arterias pulmonar principal derecha, lobares y segmentarias bilaterales, sugerentes de TEP bilateral agudo. En eco-Doppler de MID trombosis de la vena femoral superficial proximal.

Orientación diagnóstica: TEP bilateral agudo. Trombosis de vena femoral superficial proximal. Trombopenia.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia pulmonar. Disección de aorta. Crisis epiléptica.

Comentario final: Las principales complicaciones de la TVP son TEP y síndrome posttrombótico. La tromboflebitis superficial también debe incluirse, ya que hasta en 25% de los casos hay TVP concomitante. Los síntomas más frecuentes del TEP son disnea, dolor torácico tipo pleurítico, hemoptisis y síncope. La radiografía de tórax habitualmente es normal. El electrocardiograma puede mostrar un patrón S1Q3T3, inversión de ondas T y depresión del segmento ST en percordiales derechas. Si la probabilidad clínica es alta o el dímero-D está elevado, se debe realizar un angioTAC de tórax. La anticoagulación es el tratamiento de elección. El filtro de vena cava inferior se reserva para pacientes con contraindicación para la anticoagulación o que han hecho trombosis recurrente a pesar de anticoagulación.

Bibliografía

1. Wells PS, Forgie MA, Rodger MA. Treatment of Venous Thromboembolism. JAMA.

2014;311:717-28.

2. Ubaldini J, Chertcoff J, Sampó E, Casey M, Ceresetto J, Boughen R, et al. Consenso de enfermedad tromboembólica. Consenso Argentino. SAC. Rev Argent Cardiol. 2009;77:411-28.

Palabras clave: Síncope. Hemoptisis. Dolor.