



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2233 - Se me va la cabeza y me ahogo atendido en Urgencias Hospital de León

A.I. Zambrano Paz^a, A. Schneider Núñez^b, N.A. Imbachí Zambrano^c, N.O. Zambrano Paz^d, S. Abella Ordas^e, V.M. Báez Pimentel^f y J.L. Compere Bateau^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León.

^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León.

^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León.

^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias 2. Valladolid Oeste. Valladolid.

^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León.

^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León.

Resumen

Descripción del caso: El TEP es la manifestación más grave de la ETEV, que puede producir una insuficiencia ventricular derecha aguda, reversible pero que pone en riesgo la vida del paciente. Mujer de 34 años de edad traída a urgencias en ambulancia por cuadro presincojal con dolor pleurítico en hemitórax derecho, cuenta disnea de 4 días de evolución con febrícula. AP: fumadora 1/2 paquete/día, parto hace 9 meses, portadora de Implanón (etonogestrel y progestágeno).

Exploración y pruebas complementarias: TA 90/50, disneico, Sat. O₂ 95% y T^a 36,5°. A la exploración: AC: rítmico no soplos a 80 lpm. AP: murmullo vesicular conservado, no signos de TVP, resto de la exploración normal. A destacar en la analítica leucocitosis 5.700 con fórmula normal, coagulación INR 2,0, TP 41% (orina y resto bioquímica normal). Rx tórax neumotórax derecho completo y ECG ritmo sinusal, a 99 lpm, PR 128. TAC protocolo TEP: múltiples defectos de repleción centrales en arterias principales lobares, TEP masivo bilateral, con arteria pulmonar de calibre normal, crecimiento del VD, con sobrecarga cardiaca derecha, e infartos pulmonares LID. Ingresada en UCI por TEP masivo bilateral, con hipotensión, se realiza fibrinólisis, evolución clínica favorable, se retira Implanón por el servicio ginecología. Posterior traslado a planta con buena evolución clínica dada de alta.

Juicio clínico: Enfermedad tromboembólica venosa aguda: TEP bilateral masivo de alto riesgo, infartos pulmonares LID.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis, insuficiencia cardiaca congestiva, neumotórax, neumonía, pleuritis y taponamiento pericárdico.

Comentario final: Se estima una incidencia de 80 casos/100.000 hab/año, y una prevalencia de 0,4-12% de los pacientes hospitalizados, su mortalidad oscila entre el 7-11% en el episodio agudo. Su etiología más frecuente son los trombos que migran desde el sistema venoso profundo de las extremidades inferiores. Otras causas: émbolos sépticos, émbolos grasos en politraumatizados y

grandes quemados, embolia tumoral.

BIBLIOGRAFÍA

1. López López K, Escudero Alvarez S, Bollo de Miguel E. Criterios de actuación en Urgencias León, 2014.
2. Fauci A. Harrison, Principios de Medicina Interna, 18ª ed México, Mc Graw Hill 2012.
3. Coutinho Dos Santos AJ, Fernández Fernández GE, Castrodeza Sanz R. Guía de Actuación de Urgencias Bierzo, 4ª ed 2012.