



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1491 - El asesino silencioso

J.C. Gómez Adrián<sup>a</sup>, M.J. Díaz Mora<sup>b</sup>, Z.M. Correcher Salvador<sup>c</sup>, J.I. García García<sup>d</sup>, J. Prieto Nave<sup>e</sup>, M. Ferrer Esteve<sup>f</sup>, M. Porta Tormo<sup>g</sup>, E.C. Castillo Espinoza<sup>h</sup>, L. Fernández Salinas<sup>f</sup> y H. Rodríguez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. <sup>c</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria de 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Almassora. Castellón. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Castellón. <sup>f</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. <sup>g</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Hospital General de Castellón. Castellón. <sup>h</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 84 años que consulta por malestar general y edematización de miembro inferior derecho. Asocia mareo inespecífico de 5-6h de evolución, sudoración profusa y disnea. Hace 3 días acudió al servicio de urgencias por pre-síncope vasovagal, con normalidad de pruebas complementarias. Antecedentes personales de HTA y HBP en tratamiento con olmesartán 20 mg, doxazosina 4 mg, y serenoa repens 160 mg.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes: TA 98/69; Fc 100 lpm; SatO<sub>2</sub> 92%; T<sup>a</sup> 36,2 °C. Buen estado general. Normocoloreado y normohidratado. Consciente y orientado. No distrés. Hemodinámicamente estable con buena perfusión periférica. Exploración neurológica, abdominal y cardíaca sin hallazgos patológicos. Auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular en base pulmonar izquierda. Miembro inferior izquierdo normal. Miembro inferior derecho edematizado con aumento de la temperatura y disminución de los pulsos distales. ECG: RS a 100 lpm. Bloqueo bifascicular (HBA + BCRDHH). Doppler venoso periférico MID: Extensa trombosis que afecta desde femoral común hasta poplítea. TAC de tórax: Afectación severa del cono de la arteria pulmonar y de la arteria pulmonar principal izquierda y derecha sugestivo de TEP central o masivo. Se visualiza afectación de lobares superiores e inferiores de ambos hemitórax. No derrame pleural ni nódulos pulmonares ni infiltrados pulmonares. En analíticas destaca: Lactato arterial 3,9 mmol/L. Dímero D 26,53 ug/ml. Resto normal. Gasometría arterial: pO<sub>2</sub> 72,6 mmHg, pCO<sub>2</sub> 27,1 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 17,6 mmol/L.

**Juicio clínico:** TVP asociado a TEP silente.

**Diagnóstico diferencial:** TVP: celulitis, artritis, neuropatía, linfedema, rotura de quiste de Baker, rotura fibrilar y la insuficiencia venosa crónica. TEP: taponamiento cardíaco, disección aortica, infarto agudo de miocardio.

**Comentario final:** El hallazgo de un dímero D > 10 ug/ml asociado a hipoxemia, nos insta a solicitar TAC torácico objetivándose TEP masivo, por lo que se inicia tratamiento con enoxaparina e ingreso para completar estudio. En sala permaneció estable y asintomático por lo que fue dado de alta para control en CCEE de MI. La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es un proceso patológico que se caracteriza por la formación de un coágulo sanguíneo en el interior de una o más venas. Pudiéndose manifestar como trombosis venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP) o síndrome post-flebítico; siendo que hasta un 50% de los pacientes con TVP pueden desarrollar un TEP silente. La TVP es una enfermedad grave y potencialmente mortal, por lo que su diagnóstico debe ser precoz. El diagnóstico utiliza escalas clínicas (Wells), valores de dímero-D y pruebas de imagen para los casos seleccionados (ecografía doppler venosa y flebografía). En tratamiento de elección en la TVP y TEP es la anticoagulación con HBPM en la fase aguda ( $5 \pm 2$  días) y entre el 1 y 3 día introducir el anticoagulante oral. La trombolisis, el filtro de vena cava y la trombectomía venosa se reservan para determinados casos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Peñas Juárez C. Utilidad del Dímero-D en los algoritmos diagnósticos de trombosis venosa profunda: análisis según edad y tiempo de evolución. Trabajo de investigación. Barcelona: Departament de Cirurgia. Universitat Autònoma de Barcelona, 2011.
2. Tapson V Fibrinolytic (thrombolytic) therapy in acute pulmonary embolism and lower extremity deep vein thrombosis. UpToDate, 2015.
3. Taylor Thompson B. Clinical presentation, evaluation, and diagnosis of the adult with suspected acute pulmonary embolism. UpToDate. 2015.