Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1242

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2357 - Patrón S1Q3T3 como hallazgo casual

N. Rivera Rodríguez[a], D. Ámez Rafael[b] y B. Guerrero Barranco[c]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Mojonera. Distrito Poniente. Almería. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Gangosa. Distrito Poniente. Vícar. Almería. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años que acude a nuestro punto de urgencias en Atención Primaria por un síncope desencadenado tras situación estresante (deambular una determinada distancia a paso acelerado, ya que le han dicho que su madre se encontraba mal). No TCE, ni relajación de esfínteres. No dolor torácico asociado, ni cortejo vegetativo. Como única sintomatología presente, refiere que lleva una semana aproximadamente que se "cansa" más al andar. Tras una detallada anamnesis, concluimos que se trata de una paciente sin alergias medicamentosas conocidas, con diabetes mellitus tipo II, dislipemia, obesa y con retraso mental leve. Su medicación habitual es: metformina 850 mg, glimepirida 2 mg, simvastatina 10 mg, modecate 25 mg/ml, topiramato 50 mg, omeprazol 20 mg, y un anticonceptivo inyectable. Además es fumadora activa de 20 cigarrillos/día.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada, presenta buen estado general, eupneica en reposo, con buena coloración de piel y mucosas, bien hidratada y perfundida. Sus constantes vitales son: TA 118/83. Frecuencia cardiaca 114. Saturación O2 90%. Glucemia 96. Afebril. Neurológico sin alteraciones. Se encuentra consciente, colaboradora y orientada. Auscultación cardio-respiratoria: tonos rítmicos, no soplos, murmullo vesicular conservado con algún roncus disperso. Abdomen: muy globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, no masas ni megalias, no peritonismo. Miembros inferiores: no edemas, no signos de TVP. También realizamos un ECG para descartar causas cardiológicas, donde encontramos un ritmo sinusal a 110 lpm, con eje normal, un patrón S1Q3T3, y sin alteraciones de la conducción. Ante la clínica de la paciente, la alteración de las constantes vitales, los factores de riesgo, un ECG con un patrón compatible con tromboembolismo pulmonar y nuestra limitación para seguir realizando otro tipo de pruebas complementarias, la trasladamos al hospital de referencia para continuar el estudio. En urgencias hospitalarias se realiza Rx tórax que resulta normal; Analítica con hemograma y bioquímica normales, coagulación normal salvo dímero-D de 9.244 ng/ml; y AngioTC de arterias pulmonares donde se visualizan defectos de repleción múltiples compatibles con TEPA múltiple, lobar y segmentario bilateral.

Se decide ingreso hospitalario para continuar estudio (que resultó todo normal) y tratamiento anticoagulante.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral.

Diagnóstico diferencial: Inicialmente, las patologías que pudimos sospechar fueron entre otras: Síncope vasovagal. Sincope ortostático. Ansiedad. Embolismo pulmonar. Acidosis metabólica. Neumotórax.

Comentario final: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es la manifestación más grave de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV), por ello debemos tenerla presente. Su patogenia se basa en la tríada de Wirchov, pero además, existen numerosos factores de riesgo que debemos tener en cuenta: en nuestro caso obesidad, tabaquismo y consumo de anticonceptivos. En Atención Primaria disponemos de recursos básicos como son el ECG, una completa anamnesis, exploración física y toma de constantes, y la escala de Wells, que nos pueden hacer sospechar una ETV, ante lo cual deberiamos trasladar a dicho paciente para continuar estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agnelli G, Becattini C. Acute pulmonary embolism. N Engl J Med. 2010;363(3):266-74.

2. Brown G, Hogg K. Best evidence topic report. Diagnostic utility of electrocardiogram for diagnosing pulmonary embolism. Emerg Med J. 2005;22(10):729-30.

3. Jiménez S. Guías de la Sociedad Europea de Cardiología 2008 para el tromboembolismo pulmonar: una lectura comentada desde la perspectiva del urgenciólogo. Emergencias. 2010;22:61-7.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.