



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/412 - UN CASO DE DISNEA DE ORIGEN CAMUFLADO EN URGENCIAS

E. Fernández Contreras^a, S. Roldán García^a, S. García Moreno^b y R. Bustamante Gómez^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla Sur. Sevilla. ^bMédico de Familia. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES 061). Servicio Provincial de Sevilla. Sevilla. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 64 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 (con mal control glucémico habitual), fibrilación auricular anticoagulada (con mal control habitual de INR), cardiopatía isquémica revascularizada hace 5 años mediante tres stents, insuficiencia cardiaca, dislipemia y poliomielitis en la infancia con miembro inferior derecho hipoatrófico. En tratamiento con metformina, acenocumarol, furosemida, espirolactona, metoprolol, ramipril y pravastatina. Acude a nuestra consulta de urgencias refiriendo astenia generalizada desde hacía tres meses, con disnea progresiva en los últimos días hasta su aparición a mínimos esfuerzos. Negaba dolor torácico, ortopnea, disnea paroxística nocturna o cualquier otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, palidez de piel y mucosas, con regular estado general y ligeramente disneico. Normalidad, sin embargo, a la auscultación cardiopulmonar. El resto de la exploración fue normal, y no presentaba edemas ni signos de trombosis venosa profunda en miembros inferiores. Se solicitaron ECG (BCRDHH, sin otros hallazgos significativos), hemograma (destacaba una importante anemia microcítica no conocida previamente, que requirió transfusión sanguínea), coagulación (donde destacaba un INR de 1,9), bioquímica, gasometría arterial y radiografía de tórax (que fueron normales). Un día después de la transfusión sanguínea, durante su ingreso en urgencias, el paciente comienza con dolor en pie izquierdo irradiado a gemelo, con aumento de disnea y sudoración profusa. A la exploración, la auscultación cardiopulmonar era normal, y destacaba una ligera induración del gemelo izquierdo respecto a contralateral, con pulsos distales conservados sin alteraciones, sin otros hallazgos, motivo por el cual se pide coagulación ampliada (constatándose dímeros D por encima de 5.000), nueva gasometría (constatándose hipoxemia con hipocapnia y alcalosis respiratoria) y angioTAC urgente de tórax, constatándose tromboembolismo pulmonar de arteria principal derecha.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar (TEP) tras transfusión sanguínea.

Diagnóstico diferencial: Inicialmente planteamos diagnóstico diferencial con insuficiencia cardiaca descompensada (dados los antecedentes del paciente, si bien la auscultación pulmonar fue normal y no se encontraron edemas en miembros inferiores) y síndrome anémico (motivo por el cual se transfundió inicialmente al paciente). No presentaba datos clínicos inicialmente que orientaran

hacia una patología neumológica (auscultación pulmonar normal, ausencia de alteraciones gasométricas, así como ausencia de tos, expectoración o fiebre).

Comentario final: El TEP es una entidad que requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico, siendo la clínica que presentan los pacientes que la sufren muy larvada en ocasiones. Cabe prestar especial atención a los antecedentes del paciente y a su estilo de vida, teniendo en cuenta que no siempre se detectan signos clínicos de trombosis venosa profunda en los pacientes que desarrollan TEP. Disponemos de escalas de valoración de probabilidad clínica de TEP muy útiles para la práctica clínica, como la escala de Ginebra y la escala de Wells. Reseñar que el TEP se ha descrito como efecto secundario ocasional tras transfusiones sanguíneas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stein PD, Beemath A, Matta F, et al. Clinical characteristics of patients with acute pulmonary embolism: data from PIOPED II. *Am J Med.* 2007;120:871.
2. Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J.* 2014;35:3033.