



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2653 - EPIGASTRALGIA ATÍPICA

M. Solana Palazón<sup>a</sup>, J. Ballesta Lozano<sup>a</sup>, M. Vigil Velis<sup>b</sup>, L. Monteagudo González<sup>c</sup>, M.M. Antonio González<sup>d</sup>, L.M. González Torres<sup>e</sup>, M. Serna Martínez<sup>a</sup>, S. Herreros Juárez<sup>a</sup>, S. Hernández Baño<sup>a</sup> y E. Ruíz García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. <sup>b</sup>Intensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Infante. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** AP: HTA. Hipotiroidismo por tiroiditis crónica de Hashimoto. Insuficiencia suprarrenal por corticoterapia crónica. EA: Mujer, 62 años. Consulta en urgencias por disnea, astenia y aumento de tamaño de MID desde hace dos meses. Tratada con corticoides intravenosos presenta mejoría pero previo al alta: deposiciones líquidas, mareo y sudoración profusa. Pasa a camas de observación y se consulta con UCI por asociar ECG sugestivo de cardiopatía isquémica. Ingresa en UCI donde presenta epigastralgia, disnea y sensación de muerte. Un nuevo ECG, no justifica la clínica, se inicia VMNI y se realiza ecocardiograma: VD muy dilatado. Ante alta sospecha de tromboembolia pulmonar (EP) se decide trombolisis con rt-PA.

**Exploración y pruebas complementarias:** PAS: 76 mmHg. PAD: 50 mmHg. FC: 112 lpm. FR: 30 rpm. SatO<sub>2</sub>: 89% T<sup>a</sup>: 37,0 °C. CyO, sudorosa, pálida. CyC: No IY. AC: tonos rítmicos apagados, no soplos ni roce pericárdico. AP: algún sibilante aislado, mvc. Abdomen: doloroso en epigastrio sin peritonismo. Mmii: edemas pretibiales. Hemograma: Hb: 9,4 g/dL. Leuc: 7,3 × 10<sup>3</sup>/uL. N: 75%. Pla<sup>q</sup>: 319,0 × 10<sup>3</sup>/uL. Bioquímica: Gluc: 292,0 mg/dl. Creat: 1,6 mg/dl. Na: 140,0 mmol/L. K: 4,1 mmol/L. Trop I: 0,05. GSV: FiO<sub>2</sub>: 100,0. pH: 7,12. pCO<sub>2</sub>: 25,3 mmHg. CO<sub>3</sub>H: 9,3 mmHg. Lactato: 9,8 mmol/L. Coagulación: dímero D 24.896 ng/mL. ECG: RS a 112 lpm. Patrón SI-QIII. Elevación 1,5 mm en aVR, V1. Descenso de 2 mm ST en V5 y V6. BIRD. Rx tórax: discreta cardiomegalia. Sin infiltrados.

**Juicio clínico:** Tromboembolismo pulmonar

**Diagnóstico diferencial:** Disección de aorta. Neumotórax. Neumonía. SCA. Taponamiento cardiaco. Disfunción valvular aguda. Insuficiencia suprarrenal. Mixedema.

**Comentario final:** El EP es la forma más grave de embolia venosa. Ante la sospecha clínica e inestabilidad hemodinámica de la paciente, se decidió realización de ecocardiografía. Ésta es patológica en el 25% de los EPs y tiene un alto valor predictivo positivo. La insuficiencia aguda del VD con bajo gasto es la principal causa de muerte de estos pacientes. Por tanto, ante una alta sospecha: iniciad anticoagulación sin los resultados de pruebas diagnósticas. Tras la anticoagulación, la paciente evolucionó favorablemente, confirmándose el diagnóstico por TACAR.

## **Bibliografía**

1. Konstantinides SV. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *European Heart Journal*. 2014;35:3033-80.

**Palabras clave:** *Tromboembolismo pulmonar.*