



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/945 - DOCTORA, HE DEJADO DE FUMAR Y ME ENCUENTRO PEOR

M. Lor Leandro^a, A. Herrero de Dios^b, F. Bernal Hertfelder^a, N. El.Haddad Boufares^c, A. Álvarez Rodríguez^d y M. Escudero Araus^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Plata. Torrejón de Ardoz. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Frenos. Torrejón de Ardoz. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años que acude a la consulta de atención primaria refiriendo disnea súbita, que relaciona con consumo de tabaco. Fumador hasta hace 3 meses durante 32 años, sin otros antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Refiere que los dos últimos días ha tenido que usar dos almohadas para dormir y que presenta disnea en sus actividades diarias. Niega dolor torácico o edemas en miembros, no signos de trombosis venosa. No alergias. No suele visitar nuestra consulta y no presenta antecedentes relevantes. Tras valoración inicial y sospecha de TEP, se decide derivación al servicio de urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, taquicárdico (FC: 110), saturación O₂ 95% con frecuencia respiratoria aumentada. Resto exploración física normal. ECG: taquicardia sinusal. Bioquímica sin alteraciones. Hemograma sin leucocitosis, Hb 11,8, VCM 80 y dímero D 1,27, por lo que se realizó un angioTC torácico. En el TC se visualizaron defectos de replección parciales en ramas segmentarias y subsegmentarias del LID, sugestivas de TEP agudo, junto con enfisema centroacinar en lóbulos superiores. Posteriormente acudió a cita de Medicina Interna, realizándose búsqueda de factores desencadenantes. En la anamnesis dirigida refería deposiciones frecuentes con restos hemáticos relacionado con hemorroides. Se decidió realización de colonoscopia, cuyo resultado fue un adenocarcinoma de recto T3b-T4, N2b, de 12,5 cm de extensión. Se comentó en el comité de tumores donde se decidió realizar tratamiento neoadyuvante con radioterapia y seguimiento en Oncología.

Juicio clínico: Trombosis pulmonar como debut de neoplasia rectal.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis, infarto agudo, neumotórax, insuficiencia cardiaca, pleuritis, taponamiento cardiaco, neumonía.

Comentario final: El diagnóstico de un tromboembolismo es clínico, apoyado con pruebas de imagen que lo confirmen. Es causa de morbimortalidad importante y requiere un diagnóstico urgente. Si este se confirma sin un desencadenante claro, requiere un estudio exhaustivo que en ocasiones nos lleva a neoplasias o enfermedades tromboembólicas, diagnosticados por esta

complicación de las mismas.

Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid; 2012.
2. Alcántara Feliz LF, Moronta de la Cruz AA, et al. Tromboembolismo pulmonar. SEMERGEN. 2015;41:1540.

Palabras clave: Tromboembolismo. Neoplasia. Disnea.