



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2743 - ¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE LA DISNEA?

N. San Miguel Martín<sup>a</sup>, J. Bustamante Odriozola<sup>b</sup>, K. Baldeón Cuenca<sup>c</sup>, E. Bermejo Ruiz<sup>d</sup>, A. Nofan Maayah<sup>e</sup> y P. Bermúdez Martí<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro-Isabel II. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Consultorio Rural Valle de Villaverde. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bezana. Barcelona. <sup>f</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 66 años que acude a urgencias por cuadro de diez días de evolución de tos con mínima expectoración que asocia en las últimas 48 horas una disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. No dolor torácico ni síncope. Antecedentes personales: Ictus hemorrágico con hemiparesia espástica derecha, Hipertensión, hepatopatía por virus C, ulcus duodenal, claudicación intermitente. Tratamiento: clortalidona 25 mg/48 horas, enalapril 10 mg, verapamilo/trandolapirilo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Palidez cutaneomucosa, leve taquipnea. Auscultación cardiaca: soplo eyectivo aórtico, Auscultación pulmonar normal, Abdomen: matidez dura e indolora generalizada con RHA normales. Edemas en extremidades inferiores. Hemograma: hemoglobina 9,2, plaquetas 356.000, dímero D 19,5, PCR 5,8, gasometría pH 7,47, 36, pO<sub>2</sub> 49, satO<sub>2</sub> 86,9%, CA 125: 182, CA 15.30, Ca19.9 113. Rx tórax signos sugestivos de disminución de vascularización pulmonar. TAC tórax: tromboembolismo pulmonar masivo bilateral. TAC abdomen: masa gigante quística en anejo izquierdo, ausencia de vascularización de la vena cava en todo su trayecto probablemente secundaria a compresión extrínseca por la masa abdominal. RMN pelvis: tumoración ovárica de 24 × 23 × 15 cm, sin signos de enfermedad a distancia. Anatomía patológica: carcinoma de células claras. Se realiza anticoagulación e histerectomía con doble anexectomía seguida de quimioterapia.

**Juicio clínico:** Tromboembolismo pulmonar secundario a neoplasia ovárica.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía. Insuficiencia cardiaca.

**Comentario final:** La incidencia de TEP es de 1 caso por cada 1.000 habitantes al año. El diagnóstico debe combinar la sospecha clínica (escalas de Wells y de Ginebra), el dímero D y las pruebas de imagen (angioTAC es la prueba de elección, gammagrafía pulmonar de ventilación-perfusión y ecodoppler de extremidades inferiores). Los factores de riesgo están relacionados con mecanismos de estasis, lesión endotelial e hipercoagulabilidad que favorecen el enclavamiento de un émbolo en las arterias pulmonares. Entre ellos hay factores de alto riesgo como cirugía mayor, prótesis/fractura de cadera o rodilla, y otros como cáncer, ictus trombofilia.

## **Bibliografía**

1. Uresandi F, Monreal M, García-Bragado F. Consenso nacional sobre diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolia pulmonar. Normativa SEPAR. Archivos de Bronconeumología. 2013;49(12):534-47.

**Palabras clave:** Disnea. Tromboembolismo pulmonar. Neoplasia.