



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4193 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Jiménez Ganado<sup>a</sup>, S. Zarza Martínez<sup>b</sup> y C. Díaz del Campo Calahorra<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarta de San Juan. Ciudad Real.

<sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Arenas de San Juan. Ciudad Real.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 66 años, exfumador, con HTA controlada y resección transuretral por tumor vesical hace 7 años en remisión completa. Acude por taquicardia y disnea de moderados esfuerzos de 2 horas de evolución. Niega dolor torácico ni cuadro catarral. Refiere cuadro gastrointestinal los días previos con 10 deposiciones/día, sin productos patológicos ni fiebre. No otra sintomatología asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Centro de Salud: Exploración: TA 115/85 mmHg, FC 116 lpm, SatO<sub>2</sub> 88%, Afebril. AC: rítmico a 120 lpm sin soplos. AP: MVC sin ruidos añadidos. MMII: pulsos palpables y simétricos, no edemas, no signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 120 lpm, eje a 90°. BRD. Patrón SIQIIITIII. Sin otros hallazgos. Escala Wells: probabilidad moderada (4,5). Hospital. Analítica: TpIc 0,07; gasometría arterial (con GN a 3 lpm): SatO<sub>2</sub> 92%, pH 7,514, pCO<sub>2</sub> 28,5, pO<sub>2</sub> 59, BE-B 1,3, HCO<sub>3</sub> 22,8, lactato 1,5. Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos. AngioTAC torácico: signos de TEP bilateral, afectando a arteria pulmonar izquierda y ramas periféricas, bifurcación de la arteria pulmonar derecha y lobar descendente derecha. Ecocardiograma: compatible con la normalidad. Refiere haber presentado unos días antes clínica compatible con TVP en MII. Escala Wells 7,5 (probabilidad alta).

**Juicio clínico:** Tromboembolismo pulmonar bilateral.

**Diagnóstico diferencial:** Tromboembolismo pulmonar: disnea brusca, taquicardia y patrón electrocardiográfico compatible. Insuficiencia cardíaca: HTA tratada, presenta disnea, no edemas ni crepitantes en AP. Broncoespasmo: no se auscultan sibilantes. Deshidratación: cuadro gastrointestinal previo. No signos cutáneos/mucosos compatibles. No alteraciones iónicas. Síndrome coronario agudo: no movilización de enzimas cardíacas significativas.

**Comentario final:** El TEP es una patología frecuente (prevalencia 0,38/1.000 habitantes/año). Primera causa de muerte intrahospitalaria prevenible, y la tercera de morbilidad cardiovascular. Es esencial la sospecha clínica, por la anamnesis y ECG para un diagnóstico y tratamiento precoz, como fue en nuestro caso, que permitió que fuese tratado y dado de alta en un corto periodo de tiempo sin secuelas.

### Bibliografía

1. Thompson T, Kabrhel C. Overview of acute pulmonary embolism in adults. UpToDate, 2017.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
3. Aicart JC. Resimecum. Manual de diagnóstico y tratamiento dirigido al residente de medicina familiar y comunitaria.. Madrid: Ediciones Semergen; 2016.
4. Julián Jiménez A. Manual de protocolos y actuación en urgencias, CH de Toledo, 4ª ed. Toledo: Sanidad y Ediciones, S.L (SANED); 2014.

**Palabras clave:** Disnea. Taquicardia. TEP.