



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/2746 - DISNEA EN PACIENTE JOVEN

A. Torres Gómez^a, J. Vizán Caravaca^b, L. Hernández Vélez^c y S. López García^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Interna. Centro de Salud Albaicín-Granada. Motril. Granada. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 51 años que acudió a su médico de atención primaria por sensación disneica de 2-3 días de evolución, refiriendo en las últimas horas empeoramiento franco de su disnea con dolor torácico asociado a síntomas vegetativos, y palpitaciones. Relataba como antecedente de interés, fractura de segundo metatarsiano (derecho), con inmovilización prolongada (dos meses) y heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica. Ante la clínica descrita, junto a los antecedentes descritos, fue derivado por su médico de atención a primaria a urgencias por alta sospecha de tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA).

Exploración y pruebas complementarias: Al explorarlo, destacaba ritmo taquicárdico a 150 lpm, taquipnea a 25 rpm, frialdad cutánea y gran sudoración, con tensiones arteriales de 110/70 mmHg. Además, no se apreciaron signos de trombosis venosa profunda (TVP) en miembros inferiores. Ante los síntomas relatados y los datos obtenidos en la exploración, la sospecha clínica era de TEPA sin poder descartar síndrome coronario agudo o patología pleural. Respecto a las pruebas complementarias, se le realizó radiografía de tórax, electrocardiograma, con signos de sobrecarga derecha y ecocardiografía cardiaca con TAPSE < 16. En la analítica, destacaba: dímero D muy elevado, troponina I ultrasensible 321 pg/mL y PCR 69 mg/dl con hipoxemia en GSA. Se realizó angioTC objetivándose tromboembolismo pulmonar masivo, decidiéndose ingreso en UCI ante la repercusión hemodinámica, realizándose fibrinólisis. Tras dos días de evolución favorable, se derivó a planta, donde se le realizó ecografía doppler de miembros inferiores, confirmando trombosis de vena femoral profunda y safena de miembro inferior derecho, así como estudio de trombofilia que resultó negativo.

Orientación diagnóstica: Tromboembolismo pulmonar masivo con repercusión hemodinámica por inmovilización prolongada.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio. Tromboembolismo pulmonar agudo. Patología pleural.

Comentario final: El TEP es una patología en ocasiones infradiagnosticada, que se debe sospechar en todo paciente con clínica disneica de rápida instauración, que asocie antecedentes de fracturas y/o TVP. Hasta el 70-80% de los casos de TEP se demuestra una TVP, asintomática, como este caso.

Bibliografía

1. Bauer KA, Lip GYH, Leung LLK. Overview of the causes of venous thrombosis. UptoDate, 2017.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar masivo.