



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3756 - LUMBALGIA Y DISNEA

L. Alandete Germán<sup>a</sup>, P. Bento López<sup>b</sup>, R. Ferrer Sorolla<sup>a</sup> y D. Ferrer Sorolla<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Teruel. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ensanche. Teruel. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: No RAMC, HTA; DL; DM tipo II. IQ: prótesis de rodilla derecha. Tratamiento: Daflon, Ameride, pravastatina, metformina. Anamnesis: hombre de 79 años, que refiere menor actividad física por lumbalgia, con reposo relativo. Hoy a las 7h, tras ir al baño, ha presentado malestar general, disnea y síncope. Tras aviso al 061, ha sido trasladado a urgencias en ambulancia convencional objetivándose: TAS: 90-100, SatO<sub>2</sub>: 74% sin O<sub>2</sub>, mala perfusión periférica y taquipnea.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración, paciente inquieto, con taquipnea y levemente desorientado. Analítica: pH 7, pCO<sub>2</sub> 70, bicarbonato 18, lactato 11, D-dímero 18.590; TC torácico: se objetiva defecto de repleción desde la bifurcación del tronco pulmonar, que se extiende en forma de carril central por ambas arterias pulmonares principales, y que continúa por ramas lobares inferiores y niveles segmentarios y probablemente subsegmentarios en LID. Posible infarto pulmonar pequeño. ID: TEP bilateral masivo. Se le administró oxigenoterapia y pauta de alteplasa, tras lo cual presentó mejoría hemodinámica, manteniendo Sat. O<sub>2</sub> 98% (con Ventimask 50%) y normalizando equilibrio electrolítico; Ingresó en UCI para valoración y evolución. Enfoque familiar: casado, buena red de apoyo familiar. Durante su estancia en planta, se mantuvo tratamiento con HBPM, oxigenoterapia y ventiloterapia; con mejoría clínica progresiva, sin disnea de esfuerzo. Dado el lugar del tromboembolismo, y la dificultad para mantener al paciente en rango terapéutico, se decide iniciar tratamiento con NACO.

**Orientación diagnóstica:** La clínica y las pruebas complementarias, nos plantean como diagnóstico un TEP, con afectación de ambos campos pulmonares por la localización del trombo.

**Diagnóstico diferencial:** Edema agudo de pulmón, disección aórtica, TEP.

**Comentario final:** La inestabilidad clínica con la que acuden los pacientes nos obliga a proceder rápidamente en nuestro esquema diagnóstico, aplicando las medidas terapéuticas en consecuencia. Y es que en el ejercicio inherente de nuestra profesión, pasan por nuestra consulta miles de patologías frecuentes, volviéndonos diestros en el cribado y el manejo de las mismas.

### Bibliografía

1. <http://www.archbronconeumol.org/es-consenso-nacional-sobre-el-diagnostico-articulo-S0300289613002263>
2. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diagnostico-y-tratamiento-del-tromboembolismo-S0716864015000681>

**Palabras clave:** Síncope. Disnea. TEP.