



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/691 - CUANDO UN PACIENTE INSISTE "ES POR ALGO"

N. García Espinosa^a, M. Torres Ortega^a y M. Contreras Carrasco^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Algeciras. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 49 años que acude al centro de salud por disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos de unos 5 días de evolución, sin otra sintomatología acompañada. No refiere reposo en días previos. Ya consultó con su médico en dos ocasiones en días previos. Como antecedente personal de interés: poliquistosis renal en tratamiento con tolvaptan.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. TA: 136/89, SatO2 96%. ACP: normal. Abdomen: normal. No edemas en miembros inferiores ni signos de tromboflebitis. ECG: normal. Debido a que no se encontraba causa aparente de la disnea y el empeoramiento clínico de la paciente se decide derivar a Urgencias para completar estudio. Hemograma normal, bioquímica normal y coagulación con dímeros D 1.114. TC tórax: trombo en arterial pulmonar derecha a nivel de división de arterias lobares con extensión a arteria lobar superior y origen de arterias segmentarias y extensión a arteria segmentaria superior; trombo en la división de arteria lobar inferior y del lóbulo medio con extensión a arterias segmentarias. Trombo con ocupación de la luz de arteria lobar superior izquierda, con extensión a arterias segmentarias. Trombo en arteria lobar inferior izquierda con extensión a origen de arterias segmentarias. Ecodoppler venoso MMII: troncos tibio-peroneos proximales izquierdo de calibre discretamente aumentado, con luz ocupada por material ecogénico y no compresible en un pequeño segmento, todo ello compatible con TVP. Ecocardio: HVI septal leve sin dilatación ni disfunción sistólica VI. IT ligera con HTP ligera y función sistólica VD límite.

Orientación diagnóstica: Disnea súbita a estudio.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca frente a TEP.

Comentario final: Durante el ingreso permaneció estable y evolucionó de forma favorable. En seguimiento por Hematología donde se ha iniciado estudio por evento trombótico No espontáneo y sintomático. Pendiente de confirmación diagnóstica de déficit de proteína S.

Bibliografía

1. Disnea aguda. Guías Clínicas Fisterra.
2. TEP. Guías Clínicas Fisterra.
3. Márquez JA, Parejo R, Julián A. Disnea en Urgencias. Insuficiencia Respiratoria Aguda. En:

Julián A, coord. Manual de protocolos y actuación en urgencias, 4ª ed. Toledo: Grupo SANED; 2016: p. 357-75.

Palabras clave: Disnea. TEP. TVP.