



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/1629 - ¿HUBIÉSEMOS HECHO EL DIAGNÓSTICO CORRECTO SIN HABER DESCUBIERTO EL PANTALÓN DEL PACIENTE?

A. Morillo Vélez^a, P. Morán Oliva^b, C. Burgulla Orellana^c y R. Valles Sierra^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Santa Margarida de Montbui. Barcelona.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Santa Margarida de Montbui. Igualada. Barcelona. ^dMédico de Familia. CAP Santa Margarida de Montbui. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años, con HTA e hiperuricemia, en tratamiento con atenolol 50 mg 1 comp/24h y alopurinol 300 mg 0,5 comp/24h. Presenta MEG y dolor abdominal difuso, continuo, no irradiado, no mejora con la ingesta, náuseas y vómitos y estreñimiento sin restos patológicos en heces. No fiebre ni pérdida de peso. Vuelve a consultar 9 meses después a Urgencias hospitalarias, diagnosticándose de anemia y síndrome constitucional. Solicitan interconsulta a Unidad de Diagnóstico Rápido. Reconsulta nuevamente en CAP por hipotensión e inestabilidad cefálica, giro de objetos, náuseas y vómitos. Molestias en EI izquierda (EII), de semanas de evolución, al que no ha dado importancia. Tras exploración, decidimos remitir a Urgencias dado los antecedentes.

Exploración y pruebas complementarias: TA 85/59 mmHg. FC 84 lpm. FR 20 rpm. Afebril SatO2 basal 96%. MEG. Consciente, desorientado. ACR rítmica, sin soplos. MVC, hipofonesis generalizada. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias. RHA+. Descompresión-. No signos de irritación peritoneal. PPBL-. EEII: pulsos pedios presentes, no dolor, ligero edema en EII, no eritema, no aumento de temperatura. No palpo cordón varicoso. Expl. NRL: no focalidad. ECG: sin alteraciones. AS: leve leucocitosis, Hb 98, Hto 32%, D-dímero 14.880, no otras alteraciones de interés. Rx tórax: no patología evidente. TC craneal: normal. Eco-doppler: trombosis venosa profunda (TVP) izquierda. Angio-TC: tromboembolismo pulmonar (TEP) masivo bilateral.

Orientación diagnóstica: TEP masivo bilateral con inestabilidad hemodinámica, síndrome paraneoplásico por neoplasia maligna en ángulo esplénico de colon metastatizado (diagnosticado durante ingreso).

Diagnóstico diferencial: Neurológicamente, vértigo, neoplasia o metástasis. EII, celulitis.

Comentario final: Las ETV están asociadas al cáncer entre un 20-30%. Los factores de riesgos en los pacientes oncológicos se asocian al tipo de tumor, el estadio tumoral y al tratamiento. El riesgo es hasta 6 veces en comparación con los pacientes sin cáncer. El diagnóstico se realiza igual, aunque es más frecuente la presentación asintomática. Existen escalas específicas con el objetivo de

aumentar la certeza en el diagnóstico. La aparición de TEP en los pacientes oncológicos se asocia con mayor mortalidad.

Bibliografía

1. Guijarro R, Montes J, San Román CM. Epidemiología de la enfermedad tromboembólica venosa en España. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(2):2-9.
2. Khorana AA. Cancer-associated thrombosis: updates and controversies. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2012;2012:626-30.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Trombosis venosa profunda. Síndrome constitucional. Síndrome paraneoplásico.