



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



424/3761 - EN RIESGO DE MUERTE SIN SABERLO

M. Galán Berasaluce¹, S. Gil García¹, I. Iniesta Hernández¹ y H. Madrona Rodríguez²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

²Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 24 años fumador de 8 cig/día, deportista sin otros antecedentes personales de interés. Acude a urgencias por dolor de características mecánicas de gran intensidad en hemitórax izquierdo de una semana de evolución. Refiere cuadro catarral hacía 10 días resuelto. No otra sintomatología asociada. En urgencias se administra ketorolaco iv sin clara mejoría clínica por lo que subimos escalón a fentanilo iv.

Exploración y pruebas complementarias: TA 123/90; FC 87 lpm; Sat O₂ 97%. Afebril. Eupneico en reposo. ACP normal. Dolor a la palpación en musculatura paravertebral dorsal izquierda, movilidad limitada por dolor, neurovascular distal conservada. MMII: no signos TVP. ECG: RS a 90 lpm; PR 0,12; QRS estrecho; Eje normal; no alteraciones agudas en la repolarización. Rx tórax: derrame pleural izquierdo sin claros infiltrados pulmonares. Analítica: PCR 20 mg/L, D-dímero 752 ng/ml, resto normal. TC torácico con contraste ev: signos de TEP bilateral en ramas posterobasales de predominio izquierdo; imagen compatible con infarto pulmonar en segmento inferobasal de LII y leve derrame pleural izquierdo.

Orientación diagnóstica: Dada la gran intensidad del dolor y sus características se solicita Rx de tórax en la que se observa pinzamiento SCF izquierdo. Se trata de un varón joven que como único antecedente importante es ser fumador, por lo que decidimos descartar en urgencias posibles causas de derrame pleural en su caso, figurando el tromboembolismo pulmonar (TEP) como una de ellas. Escala Wells para TEP 0-3 (riesgo bajo-moderado) por lo que se solicita D-Dímero que resulta elevado y se solicita TC torácico con contraste ev. que nos da el diagnóstico. Ingresa en Medicina Interna y se inicia anticoagulación con HBPM. En planta de hospitalización se amplía estudio (sin hallazgos patológicos) y en eco-doppler de MMII se objetiva TVP de MII.

Diagnóstico diferencial: Neumonía. Pleuritis. Neumotórax. Dolor músculo-esquelético.

Comentario final: El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad de alta morbimortalidad. Si la probabilidad clínica es alta (Puntuaje de Wells) o el dímero-D está elevado, se debe realizar angioTAC de tórax que tiene sensibilidad y especificidad mayores a 95% con un VPN a tres meses de 99%. Una vez hecho el diagnóstico de TEP es necesario clasificar el riesgo de mortalidad de TEP: bajo riesgo, submasivo o masivo. El riesgo de mortalidad en TEP lo confiere fundamentalmente la presencia de sobrecarga del ventrículo derecho. La anticoagulación es el tratamiento estándar y si hay factor provocador evidente debe extenderse por tres meses.

Bibliografía

1. Sandoval J, Florenzano M. Diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo pulmonar. *Enfermedades pulmonares en el adulto*. 2015;26(3):338-43.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Dolor torácico.