Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):401

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/3687 - DISNEA BRUSCA EN PACIENTE JOVEN

A. Lara Carvajal, R. Olóriz Sáez y B. Martín Castaño

Médico de Familia. Centro de Salud Las Gabias. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 51 años con antecedentes personales: obesidad mórbida. hipertensión arterial, dislipemia. Avisan por disnea brusca de mínimos esfuerzos mientras iba de camino a su coche. No clínica infecciosa ni respiratoria. Días previos presenta cuadro de lumbalgia, habiendo permanecido prácticamente cinco días en reposo absoluto.

Exploración y pruebas complementarias: Al llegar, el paciente está dentro de su coche con mal estado general, sudoroso, taquipneico. Saturación de oxígeno 76%, frecuencia cardiaca 115, tensión arterial 160/85. Auscultación: tonos rítmicos. Murmullo vesicular muy disminuido de forma generalizada, sin otros ruidos sobreañadidos. En miembros inferiores no se aprecian edemas ni signos de trombosis venosa, pero es difícil la exploración dada la obesidad. Tras aporte de oxígeno a alto flujo, saturación en torno a 90%. Se decide traslado al Hospital. Analítica: destaca BNP 1520, PCR 46 y troponina 77,5. Gasometría venosa: láctico 2,2 y acidosis respiratoria. Coagulación: destaca Dímero D 7,84. Electrocardiograma: normal. Ecodoppler miembros inferiores: sin signos de trombosis pero poco valorable por la obesidad. Se calcula el índice de Well: 6 (riesgo moderado de tromboembolismo pulmonar). AngioTAC de tórax: tromboembolismo agudo bilateral con varias consolidaciones bilaterales (que sugieren infartos pulmonares).

Orientación diagnóstica: Tromboembolismo agudo bilateral con varias consolidaciones bilaterales.

Diagnóstico diferencial: Disnea aguda de origen pulmonar (neumonías, hemorragias, broncoespasmo, derrames pleurales, neumotórax o tromboembolismo) o extrapulmonar (edema pulmonar cardiogénico o no cardiogénico, síndrome de distrés, hiperventilación por ansiedad, acidosis metabólica).

Comentario final: Cabe destacar que con los datos obtenidos de una buena historia clínica se puede sospechar inicialmente el diagnóstico, sobre todo por el antecedente de la inmovilización y descartar otras causas (no clínica infecciosa ni respiratoria, síntomas de insuficiencia cardiaca...). En este caso no sólo parece interesante el diagnóstico, sino también el hecho de haber atendido una situación tan grave en la calle, con los pocos medios y recursos disponibles en algunas ocasiones.

Bibliografía

1. Uresandi F, et al. Guía para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la tromboembolia pulmonar. Archivos de Bronconeumología. 2004;40(12):580-94.

2. Sandoval J, Florenzano M. Diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo pulmonar. Revista Médico Clínica las Condes. 2015;2(3):338-43.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Disnea. Historia clínica.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.