



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3264 - DOCTORA, ME HA SALVADO LA VIDA

F. Aulet Garau¹ y B. Aulet Caldés²

¹Médico de Familia. Unidad Básica de Salud Algaida y Randa. Illes Balears. ²Médico de Familia. Centro de Salud Migjorn. Lluçmajor. Illes Balears.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 71 años, valorada en hospital comarcal por edema y eritema de extremidad inferior izquierda (EII) asociado a disnea de 10 días de evolución. Analítica dímero D > 1.000 y eco-doppler venoso EII objetivaba tromboflebitis superficial sin signos de trombosis venosa profunda (TVP). Se inició heparina 60 mg im/24h, pero sin mejoría clínica por lo que la paciente reconsultó al mismo hospital, siendo dada de alta con mismo diagnóstico. Ante la ausencia de mejoría, la paciente acudió a su centro de salud donde su médico objetivaba saturación de oxígeno baja y alteraciones electrocardiográficas por lo que decidió derivar a urgencias de hospital de tercer nivel para descartar tromboembolismo pulmonar (TEP).

Exploración y pruebas complementarias: T^a 36,4 °C, PA 165/90 mmHg, FC 100 lpm, FR 22 respiraciones/min, SatO₂ 90%. Auscultación cardiaca: ligeramente taquicárdica, sin soplos. Auscultación respiratoria: normal. EII: eritema e inflamación dolorosa región posterior muslo. Analítica: dímero D 2.066 ng/mL. PCR 6,60 mg/dL. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 100 lpm, QRS estrecho, T negativas en DIII, AVF, V1-V3 y aplanadas V4-V6. Radiografía tórax: hilos pulmonares aumentados de tamaño. Gasometría arterial: pH 7,46, pO₂ 59 mmHg, pCO₂ 36 mmHg. TAC arterias pulmonares: múltiples defectos de repleción en arterias pulmonares principales, en todas las lobares de ambos pulmones y en varias segmentarias. Conclusión: TEP agudo central bilateral.

Orientación diagnóstica: TEP central bilateral agudo.

Diagnóstico diferencial: Tromboflebitis superficial EII. Hipertensión pulmonar primaria. Neumotórax. Neumonía.

Comentario final: Embolismo pulmonar: enclavamiento de coágulos sanguíneos procedentes del sistema venoso, en el árbol arterial pulmonar. Estrechamente ligado a TVP, el 10% producirán TEP. Patología frecuente y con mortalidad inicial del 11%. Mayoría de trombos se forman en sistema venoso profundo de extremidades inferiores en personas con factores de riesgo. Clínica más habitual es disnea de inicio súbito, dolor torácico y taquipnea. Cuadros clínicos muy diversos: síncope, muerte súbita, simulación de infección respiratoria o escasos o ningún síntoma. Se acompaña o no de alteraciones radiológicas y electrocardiográficas. Dímero-D normal hace improbable el diagnóstico. GSA: hiperventilación con hipoxemia. Técnicas: Eco-doppler de EEII, gammagrafía de ventilación/perfusión, TAC arterias pulmonares, arteriografía. Tratamiento: medidas de soporte y

anticoagulación.

Bibliografía

1. García R, Soria MC. Tromboembolismo pulmonar: valoración en urgencias, diagnóstico y tratamiento. Disponible en:
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/trombpul.pdf>

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Disnea. Insuficiencia respiratoria.