



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/860 - NO SIEMPRE ES EPOC

J. García-Revilla Fernández¹, J. Cuevas Herrera², J. Cabañas Arija³ y J. Castilla Castillejo¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa. Cabra. Córdoba.

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud III. Ciudad Real. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Dr. Manuel Gea González. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 69 años, obeso, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que acude a su médico por persistencia de cuadro respiratorio de varios días con tos, mucosidad y aumento de disnea habitual, hasta impedirle la deambulacion. Refiere escasa mejoría a pesar de tratamiento antibiótico, corticoideo y broncodilatador (1 semana).

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiorrespiratoria: tonos puros y rítmicos, murmullo vesicular conservado. Pulsioximetría: Sat O₂: 93%. Electrocardiograma: ritmo sinusal, con taquicardia supraventricular a 116 latidos/minuto; eje normal; S1 y Q3, sin otras alteraciones de interés. Extremidades inferiores: no signos de trombosis venosa profunda (TVP), ni edemas. No intervenciones quirúrgicas, traumatismos, encamamiento ni férulas. Escala Wells 1,5 (riesgo bajo). Tensión arterial 140/90 mmHg. Afebril. Taquipnea en reposo. Radiografía tórax sin hallazgos patológicos. Analítica: dímero D: 7.450, creatinina: 1,8, resto normal. Gasometría arterial: presión oxígeno: 55; presión dióxido carbono: 34; pH: 7,44. El radiólogo aconseja posponer angiotomografía computarizada (angioTC) hasta normalización de creatinina. Dada la estabilidad del paciente, se consulta con internista y se ingresa para valorar angioTC tras estabilización de función renal. Se añade a su tratamiento habitual Clexane 60 mg/12h y amoxicilina IV. A los 4 días se realiza angioTC donde se visualiza TEP masivo. Ecografía de miembros inferiores: TVP subaguda de tercios medio y superior en vena poplítea izquierda; sistema venoso derecho sin alteraciones. A los 10 días del ingreso se da alta hospitalaria tras añadir Sintrom a su tratamiento habitual.

Orientación diagnóstica: Tras la exploración y como la clínica, pese a ser respiratoria, no concordaba con un EPOC reagudizado, se acuerda derivación a urgencias hospitalarias para descartar tromboembolismo pulmonar (TEP).

Diagnóstico diferencial: EPOC reagudizado. Bronquitis.

Comentario final: El TEP es un problema de primer orden, tan grave como el ictus o el infarto de miocardio, y se requiere un alto nivel de sospecha clínica para su diagnóstico, aun cuando la puntuación en las escalas de probabilidad clínica pretest sea baja.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias, 6ª ed. Cap IV, Sec 38. Tromboembolismo pulmonar. Elsevier España; 2018; p. 256.

Palabras clave: Tromboembolismo. Obstructiva. TEP.