Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1433

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/391 - SIN PENSAMIENTO NO HAY DIAGNÓSTICO

A. Moreno Latorre[1], J. Villaescusa Ruíz[1], A. García Cánovas[1] y A. de Miguel Gómez[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. [2]Médico de Familia. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 79 años que acude al centro de salud de urgencia por aumento de su disnea habitual, de dos semanas de evolución, hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Refiere que desde esa misma noche ha sufrido disnea brusca en reposo. Comenta también de forma brusca en ese mismo momento dolor torácico tipo opresivo no irradiado, con sudoración, nauseas, pero sin vómitos. Que se intensificaba durante la respiración. Niega tos, fiebre, autoescucha de sibilancias, palpitaciones, ni edemas en MMII.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura 36,6 ºC, TA:124/64 mmHg, regular estado general, taquipnea en reposo. Consciente y orientada, Glasgow 15/15. Auscultación cardiaca: ritmo sinusal sin soplos113 lpm. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado bilateralmente. Saturación O2 98%. Miembros inferiores sin edemas con pulsos conservados y simétricos. Ligera ingurgitación yugular. Se llevó a cabo en el centro de salud un ECG. Ritmo sinusal a 120 lpm, eje normal, sin alteraciones en la repolarización. Dada la clínica aguda que comentaba la paciente, nos pusimos en contacto con el servicio de urgencias para la realización de una analítica y radiografía urgente. Analítica: glucosa 271 mg/dl, creatinina 1 mg/dl, ProBNP 498 pg/ml, troponinas 379 µg/L. PCR 0,81 mg/l, dímero D 5.087 ng/ml. Leucocitos 12.710. Radiografía de tórax: Índice cardiaco normal, con cúpulas diafragmáticas normales, senos costofrénicos mínimamente pinzados. Cisuritis en campo AP. AngioTAC: TEP agudo central y bilateral con signos de sobrecarga de cavidades derecha.

Orientación diagnóstica: Al principio la clínica fue muy sugestiva de insuficiencia cardiaca hasta que refirió un aumento de la disnea de forma brusca dentro de su episodio de aumento progresivo de disnea y la aparición de un dolor tipo pleurítico. Eso nos puso sobre la pista de la posibilidad de un TEP, un IAM o una aneurisma por lo que nos pusimos en contacto con urgencias a través de un informe y vía telefónica.

Diagnóstico diferencial: Embolia pulmonar. Neumotórax. Neumonía. Agudización de EPOC o ASMA. IAM. Aneurisma. Insuficiencia cardiaca descompensada...

Comentario final: Gracias una actuación rápida, eficaz y conjunta intercentros el diagnóstico se pudo llevar a cabo.

Bibliografía

1. Stein PD, Beemath A, Matta F, et al. Clinical characteristics of patients with acute pulmonary embolism: data from PIOPED II. Am J Med. 2007;120:871.

Palabras clave: Embolia pulmonar.

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