Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):809

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1505 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. León Rodríguez[1], E. Pérez Quintana[2], P. Betancor Brito[1] y E. Amalfi Aguilera[3]

[1]Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Las Palmas. [2]Médico de Familia. Centro de Salud Moya. Las Palmas. [3]Cardiólogo. Hospital San Roque Maspalomas. Las Palmas.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años, acude a Urgencias por edema en el miembro inferior derecho hasta 1/2 muslo de 1 semana de evolución, con tumefacción gemelar y dolor. No disnea ni dolor torácico. No alergias. Exfumador. HTA controlada. No cardiopatía. Tratamiento: Ramipril 5 mg, hidroclorotiazida 50 mg, alopurinol 300 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Eupneico. No soplo. Murmullo vesicular conservado. Miembros inferiores: leve edematización no turgente gemelar derecha, sin dolor a la palpación. Homan (-). TA, temperatura, FC, FR y saturación oxígeno normal, glucemia 134 mg/dL. Analíticas: Leucocitos 24,2 × 10^3/µ; neutrófilos 91,5%. Resto hemograma normal. Función renal y hepática normal. Dímero D: 9.086 ng/ml; troponina I: 0,05 ng/mL; NT Pro-BNP: 1.571,7 pg/mL. Eco doppler venoso MMII: defectos de repleción en venas femoral superficial y poplítea izquierdas, no compresibles con el transductor, compatibles con TVP. TC arterias pulmonares: Ocupación parcial de las arterias pulmonares lobares inferiores y superiores de ambos pulmones (afectación estimada del 50%) en relación con TEP agudo. Dilatación de cavidades derechas.

Orientación diagnóstica: Se diagnostica TVP fémoro-poplítea derecha idiopática con excelente respuesta al anticoagulante. Veinte meses después acude por disnea y tos con expectoración blanquecina, dolor torácico en región posterior. Aftas orales y genitales asociadas. Analítica PCR: 30,32. Troponina I: 0,05. pBNP:1.571,7. Dímero D: 1.693 ng/ml; tiempo de protrombina: 12,9 seg; actividad de protrombina 75%; INR: 1,21; TTPa: 29,7. TC arterias pulmonares: TEP agudo bilateral, zonas de parénquima en vidrio deslustrado bilateral, áreas de sangrado alveolar. TAC abdominopélvico: paniculitis mesentérica. Ingresa en Medicina Interna con diagnóstico de ETV recidivante por enfermedad de Behçet.

Diagnóstico diferencial: Dolor torácico: esofágico, síndrome coronario. Hemoptisis: neoplasias, neumonía. Disnea: neumotórax, atelectasias.

Comentario final: El TEP es una urgencia que pone en peligro la vida del paciente. Es importante una correcta anamnesis y toma precoz de decisiones. No podemos olvidar las enfermedades autoinmunes del tejido conectivo que por presentar mecanismos patogénicos múltiples pueden manifestarse de forma variada.

Bibliografía

1. Ruiz-Giménez N, Suárez C. Diagnóstico de la enfermedad tromboembólica venosa. Emergencias. 2002;14:S42-7.
2. Marcos PJ, Vilariño Pombo C, Pavón Freire J, Marcos Velázquez P. Enfermedad tromboembólica venosa y tromboembolismo pulmonar. Medicine. 2010;10(66):4513-9.

Palabras clave: Tromboembolismo. Enfermedad de Behçet.

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