



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



424/1807 - DISNEA SÚBITA: TEP

I. García Díaz¹, C. Azofra Macarrón², P. Castro Sandoval² y A. Méndez Fuertes³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 89 años sin antecedentes de interés. Avisan para valorar en domicilio por episodio de disnea súbita acompañado de aumento de la frecuencia respiratoria. Las semanas anteriores había presentado cuadro catarral con tos y expectoración. Niegan fiebre, dolor torácico o clínica a otros niveles.

Exploración y pruebas complementarias: A nuestra llegada presenta las siguientes constantes: Tª 36 °C, PA 120/80 mmHg, FC 80 lpm, y Sat O2 92%. En la exploración, presenta regular estado general. Se encuentra consciente pero desorientado. Bien perfundido. Taquipneico en reposo. La auscultación cardiaca es normal mientras que en la auscultación pulmonar presenta abundantes roncus dispersos en ambos campos pulmonares. En extremidades inferiores el paciente presenta livedo reticularis en ambos muslos. No se objetivan edemas ni signos de TVP. Dados los hallazgos exploratorios se decide solicitar ambulancia para traslado a hospital de referencia, donde en primer lugar se le realiza analítica: Gases arteriales: pH 7,5, pCO2 29, pO2 61, SatO2 93%. Bioquímica y hemograma normales. Coagulación: dímero D 56.242. Se le realiza además un electrocardiograma donde se objetiva ritmo sinusal a 98 latidos por minuto, sin alteraciones de la repolarización. Ante la marcada sospecha de TEP, se le realiza TC de arterias pulmonares que es informado como: signos de tromboembolismo pulmonar agudo bilateral, sin apreciarse signos de sobrecarga de cavidades derechas ni de hipertensión pulmonar.

Orientación diagnóstica: Tromboembolismo pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar, neumonía, edema agudo pulmón.

Comentario final: Se inicia anticoagulación con heparina, sin embargo el paciente fallece a las pocas horas de su ingreso. La causa más frecuente de TEP es la migración de material trombótico desde una TVP de los miembros inferiores (90% de los casos). Clínicamente el TEP puede ser muy variado, desde pacientes asintomáticos u oligosintomáticos, con descompensación de una enfermedad pulmonar o cardiaca previas, hasta síncope, insuficiencia cardiorrespiratoria y muerte súbita. Los síntomas más característicos son la disnea aguda, el dolor pleurítico y la hemoptisis. El angio-TC de arterias pulmonares es la prueba de imagen de elección. La anticoagulación ha de iniciarse ante sospecha clínica alta manteniéndola durante todo el proceso diagnóstico.

Bibliografía

1. García MT, Pena C, González FJ. Tromboembolismo pulmonar: necesitamos sospecha clínica. *Anales Sis San Navarra*. 2012;35:115-20.

Palabras clave: Tromboembolismo. Disnea.