



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1750 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) E ÍNDICE DE GRAVEDAD DEL EMBOLISMO PULMONAR (ESCALA PESI)

M. Esclapez Boix¹, E. Martínez de Quintana², R. Gambín Follana² y M. Sampere Gómez³

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almoradí. Almoradí. Alicante. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Callosa de Segura. Callosa de Segura. Alicante. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Vega Baja de Orihuela. Orihuela. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años que acudió al punto de atención continuada por disnea de inicio súbito tres días antes y dolor pleurítico en hemitórax izquierdo. Asociaba aumento del perímetro de la pierna derecha con dolor de 15 días de evolución. Como antecedentes, presentaba Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, EPOC, obesidad mórbida, apnea del sueño e insuficiencia venosa crónica, en tratamiento con exenatida, empaglifozina, olmesartán, amlodipino, hidroclorotiazida, y bromuro de aclidinio. Era independiente para las actividades básicas de la vida diaria, con una vida muy sedentaria. Ante el cuadro clínico, la exploración y una puntuación de 6 en la Escala de Wells, se administró analgesia endovenosa y fue trasladada a Urgencias Hospitalarias en soporte vital básico, con posterior ingreso en Medicina Interna con diagnóstico de TEP masivo bilateral.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura de 36 °C, Tensión arterial 135/90 mmHg, frecuencia cardíaca 89 lpm, saturación de O₂ 95%. Algo taquipneico en reposo. Obeso. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos, con auscultación pulmonar con murmullo vesicular discretamente disminuido de forma global. Miembros inferiores (mmii) con edemas bilaterales, flogosis y Homans + en miembro inferior derecho. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 100 lpm, patrón SI, QIII, TIII, sin alteraciones del segmento ST. Analítica: PCR 4,3, pCO₂ 33, dímero 14 ng/ml, proBNP 1.347 pg/ml, resto sin alteraciones. Angio-TAC: TEP bilateral masivo con signos de sobrecarga derecha. ECO-doppler mmii: trombosis venosa profunda desde femoral común dcha. Ecocardiograma: ventrículo derecho dilatado con fracción de eyección normal.

Orientación diagnóstica: Tromboembolismo pulmonar escala PESI III. Trombosis venosa extensa.

Diagnóstico diferencial: Agudización de EPOC, neumonía, neumotórax, edema agudo de pulmón.

Comentario final: El TEP es la primera causa de muerte intrahospitalaria prevenible y la tercera de morbimortalidad cardiovascular. Cabe recalcar el uso de escalas de estratificación del riesgo, siendo el Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) el modelo más validado para clasificar al paciente en 5 grados según la probabilidad de morir a los 30 días del evento, siendo de gran utilidad para el manejo posterior. En nuestro caso la elevación del proBNP y dilatación del VD, le concedía un riesgo intermedio-alto, aunque presentó una evolución favorable durante su ingreso en planta de

hospitalización.

Bibliografía

1. Vaquero Barrios JM, Redel Montero J. Tromboembolia pulmonar. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 240-7.
2. Sandoval J, Florenzano M. Diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo pulmonar. Rev Med Clin Condes. 2015;26(3):338-43.

Palabras clave: Disnea. TEP.