



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/179 - TEP COMO PRESENTACIÓN DE PATOLOGÍA DE VÍA BILIAR

I. Galán López^a, A. García-Lago Sierra^b, B. Martínez Sanz^c, N. Guelai^b, D.M. Robaina Cabrera^d, L.P. Salag Rubio^e, M. Anta Fernández^f, J.M. Bravo González^g, F.R. Francisco González^c y A.L. Díaz Alvarado^h

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^hMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatón. Cantabria. ^fMédico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. ^gServicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 76 años, exfumador desde hace 10 años, HTA, EPOC, hipertrofia benigna de próstata, hiperuricemia asintomática, por lo que está con diferentes tratamientos farmacológicos. Colelitiasis con cólicos biliares frecuentes sin episodios de colecistitis aguda. Acude a la consulta de atención primaria por dolor en hipocondrio derecho de dos días de evolución, similar a otras ocasiones, por lo que el paciente lo había atribuido a cólicos biliares y había iniciado tratamiento con AINEs y buscapina sin mejoría, por lo que es remitido a Servicio de Urgencias, donde es diagnosticado de dolor abdominal inespecífico. Dos días más tarde comienza con dificultad respiratoria y ante el aumento de dolor en hipocondrio derecho acude nuevamente al Servicio de Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 140/100; Afebril. Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Gasometría: hipoxemia con hipercapnia. Rx tórax: normal. TAC abdominal (en Urgencias): Colelitiasis, pared de vesícula biliar sin alteraciones ni datos de infección. Resto de estructuras intraabdominales dentro de la normalidad. En últimos cortes donde se visualizan bases pulmonares, se pone de manifiesto un defecto de repleción en relación con tromboémbolos en base pulmonar derecha. TAC torácico (en planta 3 días después): defecto de repleción en relación con tromboémbolos en arteria interlobar descendente derecha, que se extiende hacia ramas más posteriores y laterales de la pirámide basal derecha. Se acompaña de una condensación con aspecto de pseudomasa en relación con infarto en la zona y un pequeño derrame pleural.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar derecho con infarto pulmonar asociado.

Diagnóstico diferencial: En este caso, por la forma de presentación clínica (dolor en hipocondrio derecho) se hizo con patología de la vía biliar.

Comentario final: La epidemiología del TEP es difícil de valorar dada su presentación inespecífica y los frecuentes errores diagnósticos. De cada 10 pacientes fallecidos en el hospital, uno muere a causa de TEP, y uno de cada cien pacientes hospitalizados fallece por esta causa. Los factores

predisponentes relacionados con el paciente son la edad, los antecedentes de TEV previo, neoplasias, la enfermedad neurológica con paresia de extremidades, los trastornos médicos que requieren reposo prolongado, la trombofilia congénita o adquirida, la terapia hormonal sustitutiva y el empleo de anticonceptivos orales. Lamentablemente, el TEP puede producirse en pacientes que no presentan ningún factor predisponente identificable. El porcentaje de pacientes con TEP idiopático o sin factores predisponentes es de alrededor del 20%. Respecto a la forma de presentación es muy inespecífica siendo la disnea lo más habitual. En el caso de nuestro paciente, destacar la sospecha de patología biliar por el dolor tan intenso en hipocondrio derecho, que era debido como más tarde se confirmó, a un infarto del parénquima pulmonar secundario al propio TEP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedad tromboembólica pulmonar. Manejo clínico de la enfermedad aguda y crónica. Revista Española de Cardiología.
2. OMC. Ediciones Aula. MIR Cardiología y Cirugía Vasculat.
3. Uptodate.