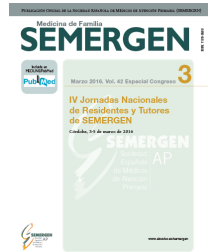




# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## P-277 - TEP (TODO ES POSIBLE)

F.L. Piaggio Muenta<sup>a</sup>, A. Escribano Ocón<sup>a</sup>, M. Villar Martínez<sup>a</sup>, C. Lozano Suárez<sup>b</sup> y M.J. Almansa<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital General de Ciudad Real. <sup>b</sup>CS Almagro.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón 35 años fumador, acude a urgencias por dolor de rodilla izquierda sin traumatismo previo, dado de alta con diclofenaco y reposo por esguince de LLI. 15 días, después acude nuevamente por dolor abdominal y pautan analgesia y es despachado con enema rectal y paracetamol. Acude a su médico por parte de confirmación de baja 7 días después. Es visto en domicilio por médico de guardia 3 días más tarde por dolor abdominal y en hemitórax izquierdo que se modifica con los movimientos y cambios posturales, es muy intenso y lo ha despertado por la madrugada; es enviado a urgencias para descartar patología urgente. El dolor es controlado con analgesia y dan alta con antiácidos y metimazol. 10 días más tarde es visto nuevamente en domicilio por misma sintomatología ahora con disnea y empeoramiento de constantes vitales pero estable, por lo que es enviado a urgencias, donde ven dilatación de VD en ecocardiografía.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 106/56. FC 120. EKG normal. AS normal. Dímero D 1302 ng/ml. Gammagrafía V/P: hipocaptación global de pulmón izquierdo en la ventilación, con perfusión heterogénea. Ecodoppler. TVP de MII desde vena femoral superficial con afectación poplítea y safena menor. Mutación del gen protrombina 20210A.

**Juicio clínico:** Tromboembolismo pulmonar sin afectación hemodinámica. Trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo.

**Diagnóstico diferencial:** Debe hacerse con todas patologías que sean causa de disnea y dolor torácico. Partiendo que 95% de los TEP corresponden a coágulos sanguíneos procedentes del sistema venoso profundo de la extremidades inferiores, que los tres factores implicados en la formación del trombo son a) estasis vascular; b) lesión de la íntima de los vasos c) alteraciones de la coagulación y ayudándonos de las características del dolor, inicio, localización, irradiación, calidad, movimientos respiratorios, duración, postura y uso de NTG, puede orientarnos entre las causas más frecuentes de origen cardíaco isquémico/no isquémico, pleuropulmonar, gastrointestinal, osteomuscular, neurológico y emocional.

**Comentario final:** El dolor torácico (DT) es un reto diagnóstico en la consulta del médico de atención primaria. El antecedente de dolor en un miembro inferior sin antecedente traumático, reposo prolongado, tabaquismo y antecedentes familiares son importantes, ya que una trombosis puede ser el debut de una trombofilia en un paciente joven. La valoración del paciente con DT debe ir encaminada al despistaje de procesos que pongan en riesgo la vida del paciente, lo que se puede realizar en la mayoría de los casos con una buena historia clínica y exploración física. El

ecocardiograma es la primera exploración específica a realizar en el TEP hemodinámicamente inestable, pues es una técnica no invasiva, rápida, y realizable a la cabecera del enfermo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Esparza R, Cabrera P, Rodríguez F, Juliá G. Tromboembolismo pulmonar. En: Manual de Neumología y Cirugía Torácica. Madrid: Editores Médicos, 1998.
- 2, Fuente S, Rodríguez G, Zamora E, Alonso S, Ancochea J. Perfil y prevalencia de la trombofilia en el tromboembolismo pulmonar. ¿Está infradiagnosticado? Arch Bronconeumol. 2000;36 (supl.):95.
3. Dalen JE, Alpert JS. Natural history of pulmonary embolism. Prog Cardiovasc Dis. 1975;17:259-69.