

# DE LA MOLESTIA TORÁCICA AL TEP



**Autores:** Miguens Uriel A (1), Avellana Gallán M (1), Senra de la Fuente EM (1), Uta AI (2), Uta CE (3), López-Melús Marzo MT (4).

**Centro de Trabajo:** 1. Residente MFyC. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. 2. Residente MFyC. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. 3. Residente MFyC. Centro de Salud Almozara. Zaragoza. 4. Médico de Familia. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

## Introducción

El Tromboembolismo Pulmonar (TEP) es una patología potencialmente mortal, de afectación universal y se desarrolla con un espectro clínico amplio; observándose una baja frecuencia con que se diagnostica en la práctica habitual en relación con la alta incidencia observada en estudios postmortem.

## Descripción del caso

Varón de 20 años que acude por 3º vez a urgencias en 18 días, por dolor en costado derecho, diagnosticado de neumonía y tratado con penicilinas. Sin alergias ni hábitos tóxicos.

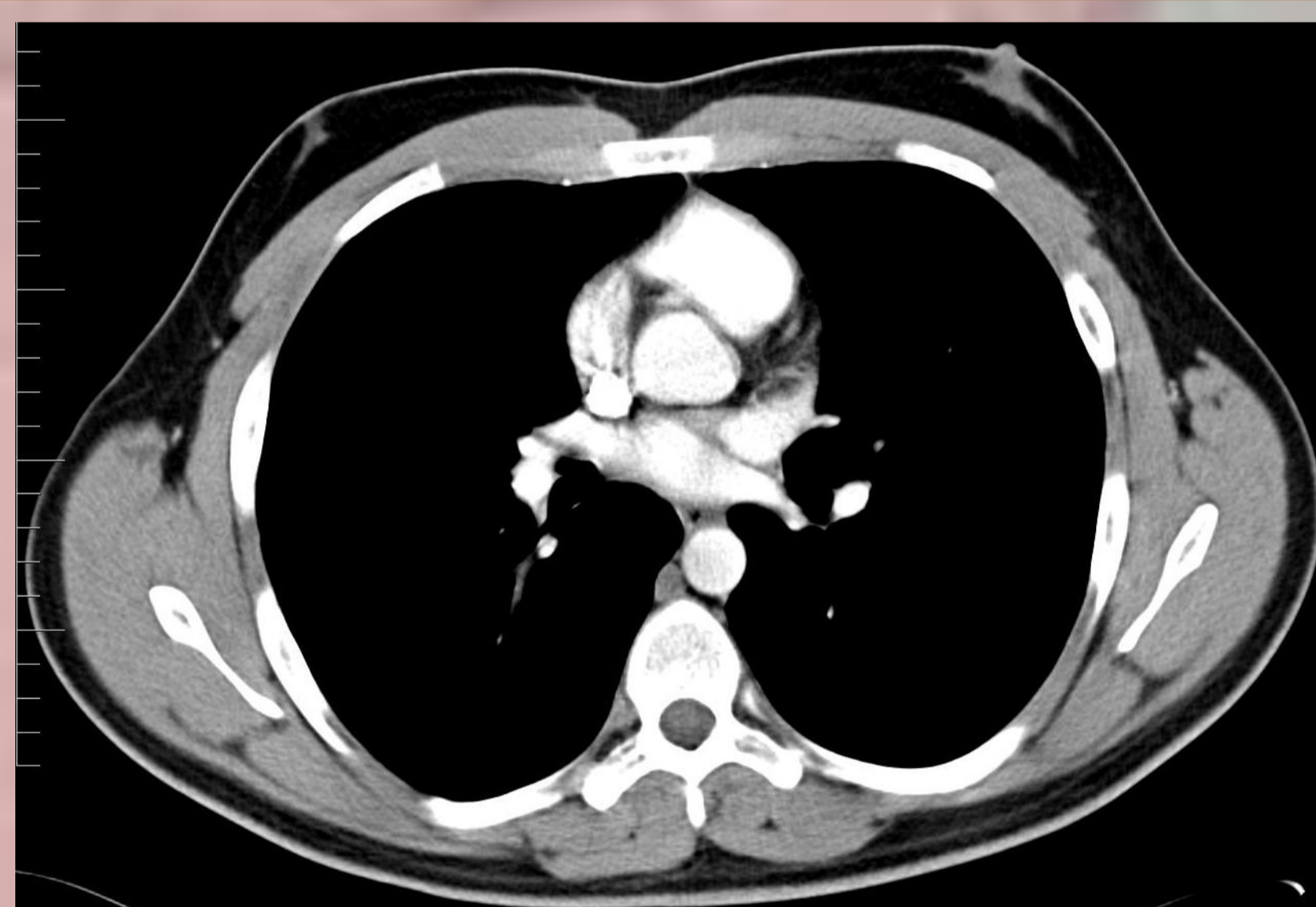
Exploración: dolor en costado derecho que aumenta con la inspiración, a la auscultación crepitantes e hipoventilación basales derechos, rítmico, sin soplos. Afebril. EEl sin anomalías.

Diagnóstico diferencial: osteocondritis, neumonía, ansiedad.

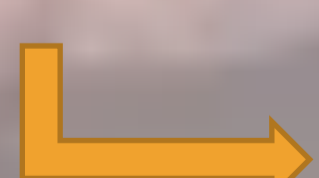
En analítica sanguínea mínima leucocitosis. Radiografía Tórax: leve derrame pleural y aumento de densidad en base posterior derecha. Ingresa en Neumología para estudio. TAC torácico: TEP con presencia de defectos trombóticos en arterias segmentarias de LSD, LID y LSI, consolidación en LID por infarto pulmonar. Ecocordio y Ecodoppler de MMII normales.

Hematología valora la elevación de homocisteína y mutación homocigota de C677T que puede asociarse a trombosis arterial.

Defectos de repleción en ramas segmentarias de las arterias pulmonares (no opacificadas)



Consolidación con atelectasia sugestiva de infarto en LID



## Estrategia practica de actuación

El pilar fundamental en el diagnóstico del TEP es la sospecha clínica que lleva a la realización de pruebas de imagen.

La clínica acompañante es muy variada e inespecífica: disnea, síncope, dolor torácico pleurítico, taquipnea, taquicardia, hemoptisis o dolor anginoso. Puede ser útil usar escalas que se basan en información de la historia clínica para establecer la probabilidad de TEP, como la de Wells.

Como conclusión podemos afirmar que el TEP es una urgencia cardiovascular relativamente común, potencialmente reversible, que pone en peligro la vida del paciente y en la cuál es vital una correcta historia clínica lo antes posible y la instauración temprana del tratamiento ante su sospecha.

Primera posibilidad diagnóstica de TEP	3
Signos de TVP	3
TEP o TVP previas	1,5
FC > 100 lat/min	1,5
Cirugía o inmovilización en las 4 semanas previas	1,5
Cáncer tratado en los 6 meses previos o en tratamiento paliativo	1
Hemoptisis	1
Probabilidad clínica	
Baja	0-1
Intermedia	2-6
Alta	≥ 7
Improbable	≤ 4
Probable	> 4

## Bibliografía

1. Uresandi F, Blanquer J, Conget F, de Gregorio MA, Lobo JL, Otero R, et al.[Guidelines for the diagnosis, treatment, and follow-up of pulmonary embolism]. Arch Bronconeumol. 2004 Dec;40(12):580-94.
2. De la Calzada CS, Sánchez Sánchez V, Martín MT, Tello De Meneses R, Sánchez MA, Jiménez JD, et al. Clinical practice guidelines of the Spanish Society of Cardiology for pulmonary thromboembolism and hypertension. Rev Esp Cardiol. 2001 Feb;54(2):194-210.