

DIAGNOSTICO A 1º VISTA

Pablo Hernández Mesa

EXP: 793

Descripción del caso

- ❖ M.C. → Dolor opresivo en hemitorax izq.
- ❖ A.P. → No RAMc, HTA, No DM, DLP.
No hábitos tóxicos. Lumbalgia con neuropatía
Iqx: Carcinoma Urotelial, prostatectomía hace 9 a.
- ❖ E.A. → Varón de 73 años con dolor opresivo al despertar. Dolor irradiado en hemitorax izq., refiere leve disnea. Niega tos y expectoración. No fiebre. No palpitaciones.

Exploración física

TA: 147/82mmhg T^a: 37,7 °C FC:92 lat/min

BEG. No focalidad neurologica

AC: Ritmica sin soplos ni otros ruidos patologicos

AP:MV conservado.Crepitantes y roncus escasos en base izquierda

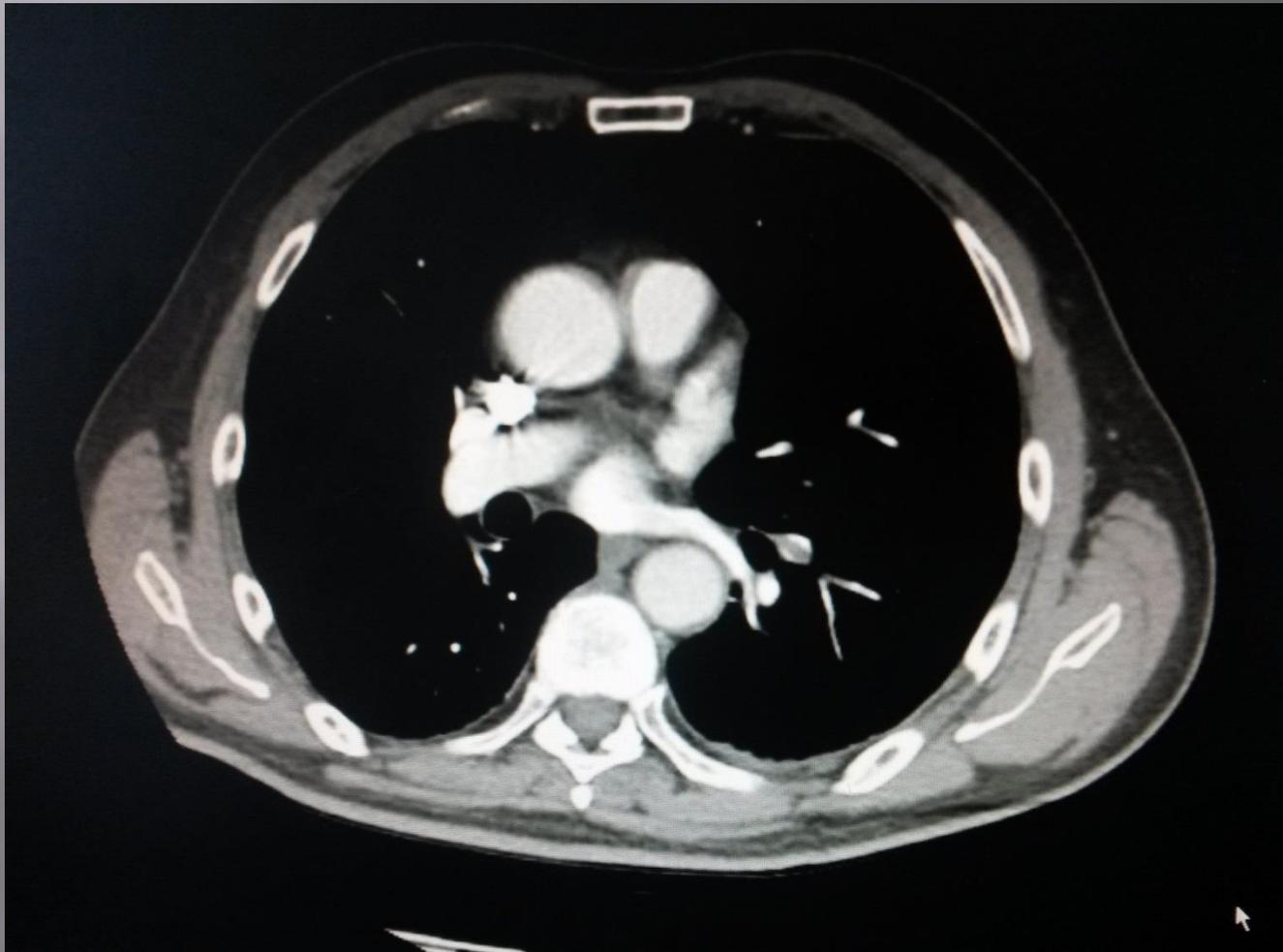
Abdomen blando y depresible, no doloroso a palpacion. No megalias.

MMII sin edemas, no signos de TVP.

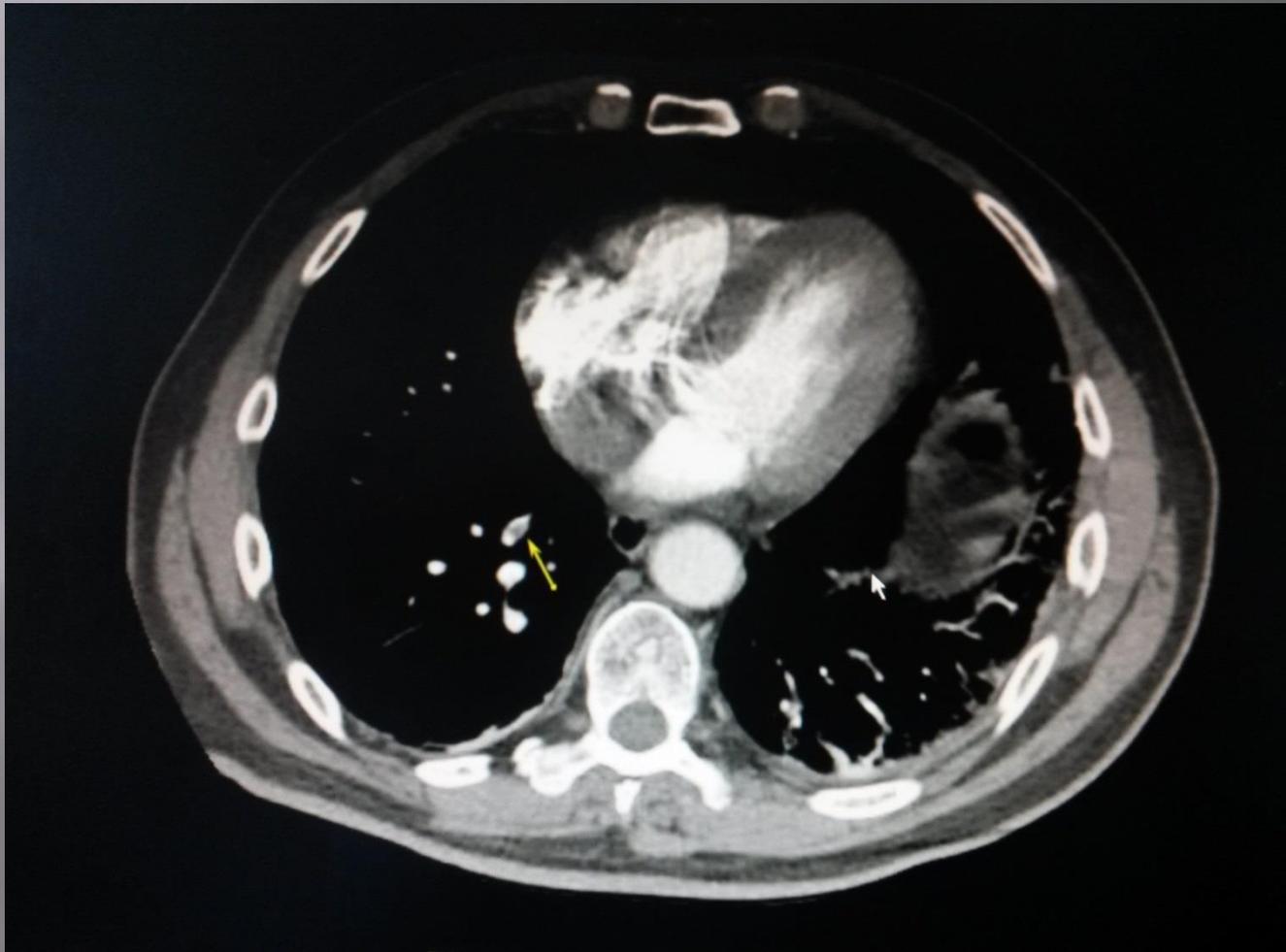
Pruebas complementarias

- ❖ Analítica: Elevación de Dímero-D (5193 ng/ml) y PCR(7,72 mg/dl)
- ❖ ECG: PR 200 ms, eje 0°, no signos SCA
- ❖ RX torax: pinzamiento SCF izq.
- ❖ Angio Tac de torax: Defectos de repleción en arteria lobar inferior izquierda con extensión a segmentarias y en arteria pulmonar segmentaria del LID. No adenopatias ni derrame. No nodulos sospechosos

Angio Tac de torax



Angio Tac de torax



Diagnostico

TEP pulmonar bilateral