

# TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

---

*SERVICIO DE NEUMOLOGÍA, HGUE*  
*APROBADO POR EL DOCTOR JUSTO GRAU*  
*REME JEREZ GARCÍA . EXP: 16*



Varón de 55 años de edad que ingresa en el servicio de Neumología por TEP y arritmia cardíaca procedente de Urgencias. Refiere desde hace varios meses disnea de esfuerzo y episodios autolimitados de tos seca. La disnea se ha hecho más intensa en los últimos días.

---

BEG. NC y NH. CyO. SatO<sub>2</sub> 98%. T°(°C): 36,4. TA(mmHg): 153/100. FA(lat/min): 130. HTA. No RAMc ni IQx previas. No fumador.

AP normal. MVC. AC: arrítmico sin soplos. Abdomen normal. MMII: No edemas ni flebitis.

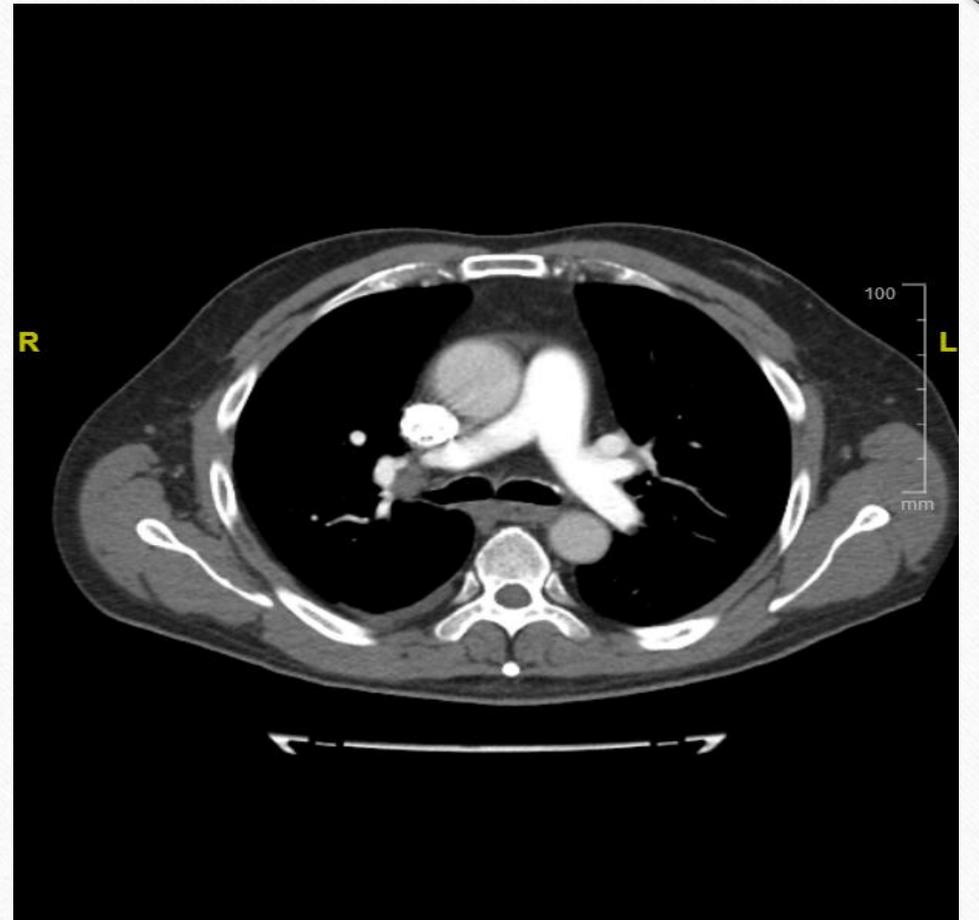
Dimero D 9,07 µg/mL. **Rx Tx:** Cardiomegalia radiológica.

**ECG:** FA a 130 lpm. BRIHH. **ECG** (2): Fibriloflutter o flutter de conducción variable a 88 lpm pautan anticoagulantes ante actitud de FA de origen indeterminado.

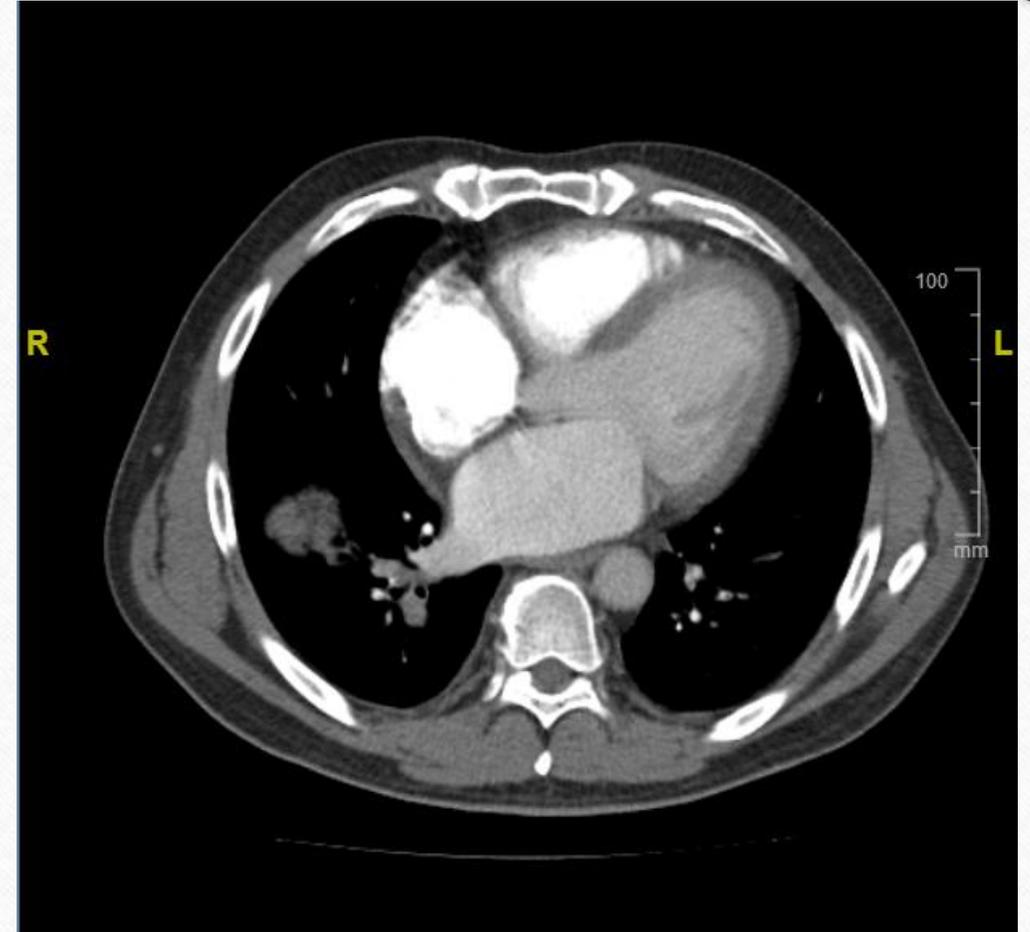


## TC VASCULAR ARTERIAS

**PULMONARES (29/03/17):** Se realiza Angio-TC pulmonar con contraste endovenoso observándose: Cardiomegalia sin signos de sobrecarga derecha ni reflujo hacia la vena cava inferior y ganglios hiliomediastínicos bilaterales de tamaño no significativo. Se visualizan defectos de repleción compatibles con TEP segmentarios y subsegmentarios a nivel bilateral.



**TC VASCULAR ARTERIAS  
PULMONARES (29/03/17):** Asocian  
pequeñas áreas de infiltrado de  
características alveolares distribuidas por el  
LID; a valorar alteraciones parenquimatosas  
asociadas al TEP (hemorragia vs infarto  
pulmonar) como primera posibilidad.



La clínica del TEP depende del número, tamaño y localización de los émbolos, edad del paciente y su situación cardiorrespiratoria previa. Su forma de presentación es muy variable. En un buen número de pacientes es asintomático, pudiendo producir después de múltiples episodios (enfermedad pulmonar tromboembólica), un cuadro de Cor Pulmonale de causa no justificada en principio. En numerosas ocasiones el cuadro es inespecífico, pudiendo incluso semejar una infección respiratoria, o presentando síntomas como disnea, taquipnea, dolor torácico... Con menos frecuencia se presenta como cuadro sincopal o shock, o debuta produciendo muerte súbita. Pruebas diagnósticas: Rx de tórax, ECG, ANGIO-TC, gasometría arterial y Dímero D.

**TABLA 1. FACTORES CLINICOS DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA .**

DEMOSTRADOS	PROBABLES
Edad avanzada	Parálisis de las extremidades
TEP, TVP o venas varicosas previas	Accidente vascular cerebral
Inmovilización mayor de 4 días	Sepsis
Obesidad importante	Enfermedades crónicas debilitantes
Preparados estrogénicos. Anovulatorios	Quemaduras mayores del 20%
Embarazo, parto y puerperio	E.P.O.C.
Cáncer primario o metastásico	Anestesia general o epidural.
Infarto agudo de miocardio	Viajes prolongados <sup>6</sup>
Insuficiencia cardíaca congestiva	
Hipercoagulabilidad primaria	
Politraumatismos.	

Modificado de: Esparza R, Cabrera P, Rodríguez F, Juliá G. Tromboembolismo pulmonar. Manual de Neumología y Cirugía Torácica. Madrid: Editores Médicos, S.A. 1.998: 1.027-58.

# ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

El tratamiento primario consiste en la disolución del coágulo, ya sea mediante trombólisis o embolectomía. La anticoagulación o el filtro de vena cava constituyen más bien una prevención secundaria de un nuevo episodio. El tratamiento anticoagulante constituye el elemento más importante de la terapéutica de la enfermedad tromboembólica venosa (Heparinas y ACO), así como medidas de soporte (analgesia, oxígeno...) adaptadas a cada caso.

*Muchas Gracias*