

CASO CLÍNICO NEUMOLOGÍA



TALLERES INTEGRADOS III

APROBADO POR DR. HERNÁNDEZ (HGUA)

BELÉN ELVIRA GINER

- **MOTIVO DE CONSULTA:** disnea intensa.
- **ANTECEDENTES PERSONALES:**
 - No RAMc.
 - No hábitos tóxicos.
 - HTA. No DLP ni DM.
 - Enfermedad cerebrovascular crónica sin secuelas motoras focales evidentes. En 2014-15 posible crisis comicial por lo que se añadió levetiracetam.
 - Enfermedad de Alzheimer.
 - Antecedentes qx: histerectomía subtotal, plastia vaginal por prolapso de cúpula.
 - Situación basal: dependiente para ABVD. Come con espesantes con disfagia a líquidos. No habla.
 - No antecedentes neumológicos de interés.
 - Tratamiento habitual: keppra 250 mg/12 h, esomeprazol 1/día, enalapril 2/día, bidoporio 1 cada 12 h, trazodona medio comprimido al día, aspirina 100 mg/día.

- **ENFERMEDAD ACTUAL:** mujer de 88 años trasladada desde Hospital de Marina Baja donde acude por presentar **disnea intensa, palidez generalizada y cianosis central**. Comentan los familiares que tras última hospitalización la paciente se encuentra agitada, presenta disfagia y se encuentra encamada y totalmente dependiente para las ABVD.
- **EXPLORACIÓN FÍSICA:**
 - TA 16/9, FC 73 lpm,
 - FR 16 rpm, SatO₂ 97% con gafas nasales a 2lpm.
 - Mal estado general, somnolienta. Presenta palidez mucocutánea. No se comunica.
 - AC: tonos rítmicos.
 - AR: MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.
 - No IY. Abdomen anodino. No adenopatías periféricas. EEII sin edemas ni signos de TVP.

■ **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

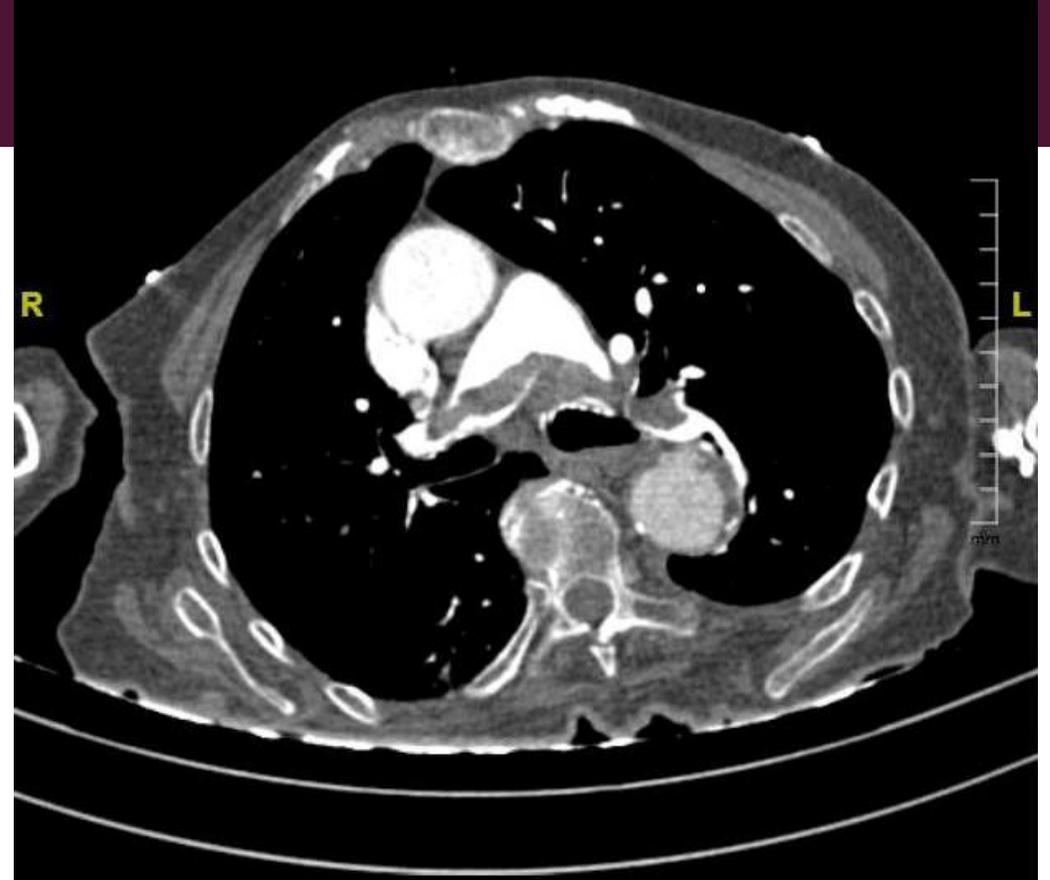
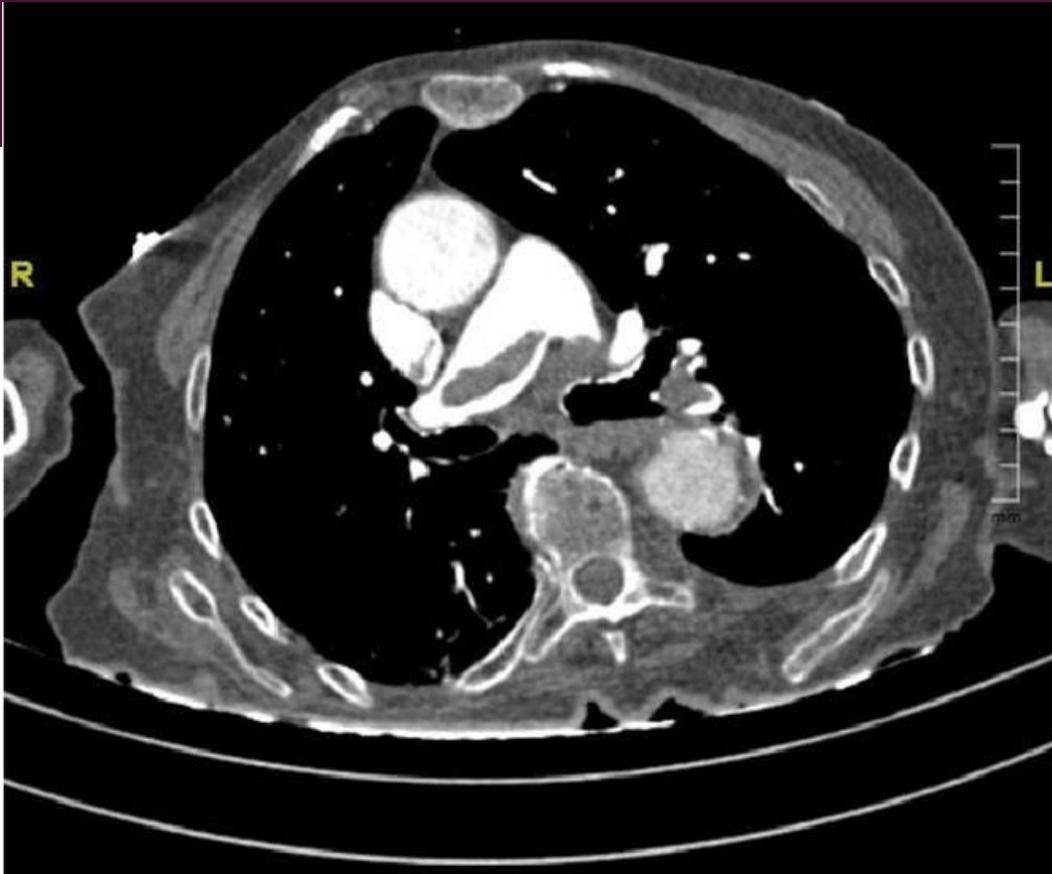
Rx tórax: ICT inferior a 0.5. SCF libres. Se observa lesión pseudonodular en LID con pérdida de volumen y elevación del hemidiafragma derecho.

ECG: ritmo sinusal a 100 lpm, eje QRS normal, QRS estrecho, PR 0.20, Q en III y T negativa en III.

Analítica: destacaron Dímero D > 20 µg/mL, proBNP 3122, troponina T 60, urea 146, Na 156, PCR 5,83, procalcitonina 2,37, leucocitos 10,5, 86% neutrófilos, Hb 14, plaquetas 198000.

Gasometría arterial (con gafas nasales a 2 lpm): pH 7,39, pCO₂ 34, Po₂ 98, SatO₂ 97,55 %.

Angio-TAC pulmonar: hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar en “silla de montar” con defecto de repleción central que afecta a ambas arterias pulmonares principales, con extensión completa hacia arteria lobar inferior izquierda y arteria segmentaria posterosuperior. Atelectasia posterobasal en lóbulo inferior derecho.



DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

- **TRATAMIENTO**: se decide ingreso y anticoagulación con clexane a 40 mg/12 h (HBPM). Se recomienda paso a Sintrom en 3-4 días. De acuerdo con la familia y dada la situación basal de la paciente se decide no tomar medidas invasivas.
- **EVOLUCIÓN**: durante el ingreso permanece hemodinámicamente estable por lo que se decide dar el alta a los 3 días.