

A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Cupertino Zurita V.
Pablo Céspedes S.
Jaime Arandia G.
María del Carmen Padilla Ch.
Enrique Villarroel V.
Mariela Villalpando D.

RESUMEN

Presentamos el caso clínico de una paciente internada en el Hospital Clínico Viedma con el diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) que por su alta complejidad en el diagnóstico y tratamiento requirió un manejo multidisciplinario

ABSTRACT

We present the clinical case of a patient interned in the Clinical Hospital Viedma with the diagnosis of Lung Tromboembolismo (TEP) that for their high complexity in the diagnosis and treatment required a multidisciplinary handling.

CASO CLINICO

Paciente de 74 años de edad de sexo femenino, natural de Cochabamba; ingresa al Hospital Clínico Viedma en fecha 16 de junio de 2008.

Antecedentes: Úlcera gástrica diagnosticada y tratada hace tres años.

Motivo de hospitalización: Edema y dolor de ambos miembros inferiores más el izquierdo.

Diagnóstico de ingreso: Trombosis venosa profunda (TVP).



Cuadro clínico:

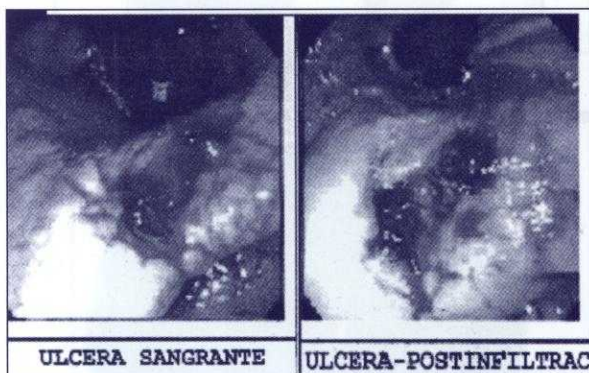
Se inicia dos meses previos al ingreso, con dolor, aumento de volumen en región ánterolateral de pierna izquierda y dificultad para la deambulaci3n, posterior a una contusi3n, horas antes de su hospitalizaci3n presenta, disnea r3pidamente progresiva

Al examen f3sico paciente conciente en regular estado general con signos de dificultad respiratoria (sat O₂ medio ambiente 72%). S:V: PA 110 /70 mmHg, FC 120 p.m, FR 26 p.m, T° 36.6 C. Coraz3n r3tmico, regular, taquic3rdico, sin soplos, pulmones cl3nicamente normales. En miembros inferiores se evidencia edema, eritema y dolor en pierna izquierda, per3metro aumentado 35 cm., con presencia de peque1a 3lcera con secreci3n purulenta.

Laboratorio de ingreso: Hb:12,6 GB:16.900, plaquetas:157.000, APTT 34", TP:12". INR 1, urea

86, creatinina:2,6, BD:0,7. BI; 0,5, GPT 22, Na+ 128, K+ 3,5.

Tratada inicialmente por el servicio de cirugía cardiovascular con diagnóstico de TVP y celulitis, es medicada con heparina sódica endovenosa en dosis terapéuticas (25.000 UI/día), y antibióticoterapia, 18 horas después presenta hemorragia digestiva alta (HDA) por lo que se realiza endoscopia que evidencia ulcera gástrica Forrest IB, se efectúa hemostasia con adrenalina y se suspende anticoagulación, colocándose vía venosa central para manejo de líquidos y control de PVC.



Laboratorio de control posterior al episodio de HDA, Hb: 9,5 Hto: 27% APTT: 40", Creatinina 3,9, se solicita valoración por el Servicio de nefrología.

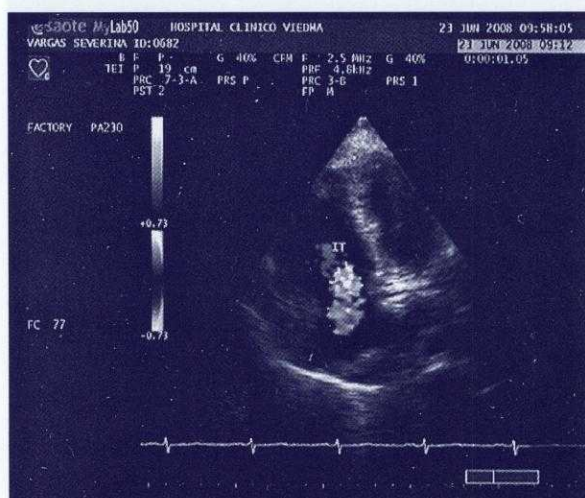
Se efectúa ecografía renal que reporta: ectasia e hipoplasia de riñón derecho.

La evolución es tórpida con episodios de hipoxemia, hipotensión, taquicardia, se administra cristaloides y aminos vasopresoras (dopamina).

Se efectúa eco-doppler venoso de miembro inferior izquierdo que reporta insuficiencia valvular de grado severo de sistema femoral común superficial y safena interna, sin constatarse trombos.

Reporte del cultivo de secreción de la úlcera de pierna izquierda: Streptococo pyogenes, sensible a levofloxacina.

Paciente persiste con hipoxemia e hipotensión iniciándose fraxiparina 0,4 mg. sc cada 12 horas por sospecha de TEP. Se solicita ecocardiografía que reporta: dilatación y disfunción sistólica de grado importante de VD, dilatación importante de aurícula derecha, insuficiencia tricúspide de grado moderado, existen signos de hipertensión pulmonar importante.

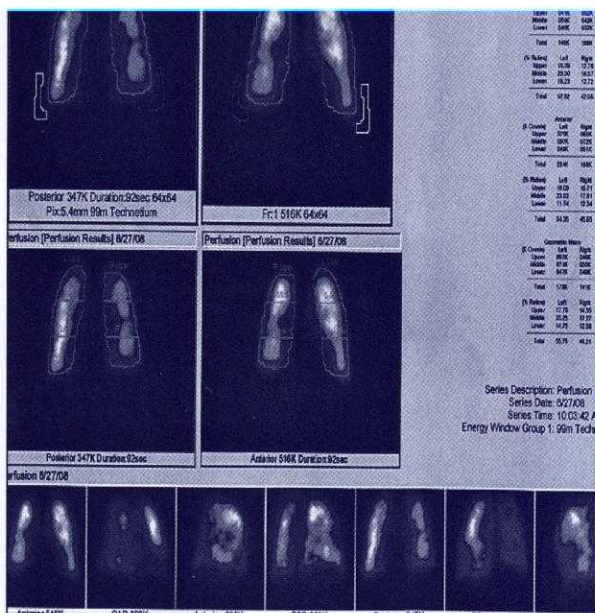


Laboratorio de fecha 23/06/08

Hb 8.4 g/dl, GB 13.200 mm/cc, segmentados 85%, plaquetas 342.000 mm/cc, urea 94, creatinina 1.8

Dimero D 4.000 ng/ml.

Gammagrafía pulmonar con alta sospecha TEP.



Tratamiento 26/06/08

Medidas generales

Dopamina a 7 gammas/kg/min.

Fraxiparina 0.4 mg sc c /12hrs

Omeprazol 20 mg v0 c/12 hrs

Levofloxacin 500mg /dia (6)

Ceftriaxona 1 g ev c/12 hrs (6)

La evolución es desfavorable, persisten disnea e hipoxemia, edema y dolor en pierna izquierda y se transfiere a Medicina Interna.

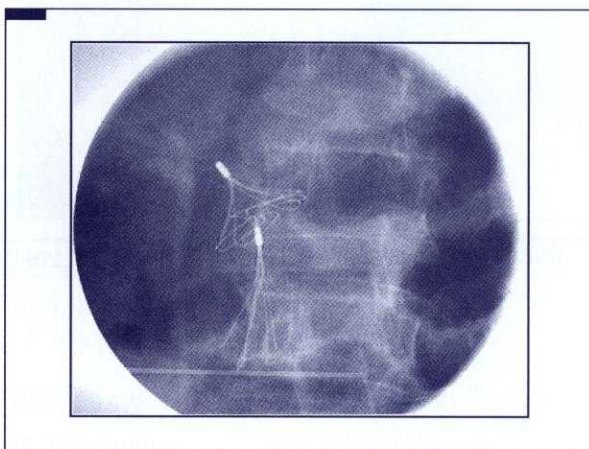
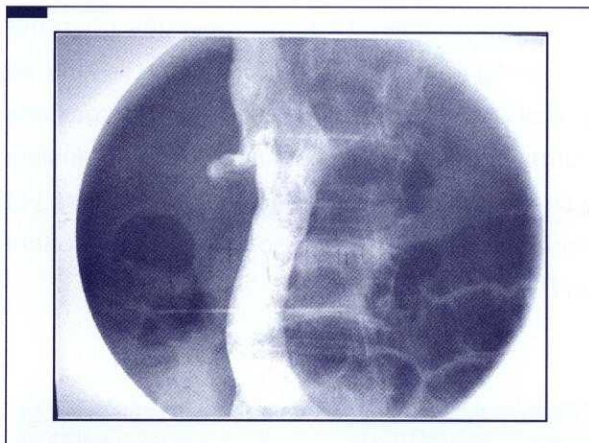
En junta médica de este departamento se decide:
(01/ 07/08)

Se considera perentorio el implante de filtro en vena cava inferior por presentar episodios recurrentes de TEP, prevenir TEP masivo y estar contraindicado tratamiento anticoagulante debido a hemorragia digestiva alta por úlcera gástrica activa.

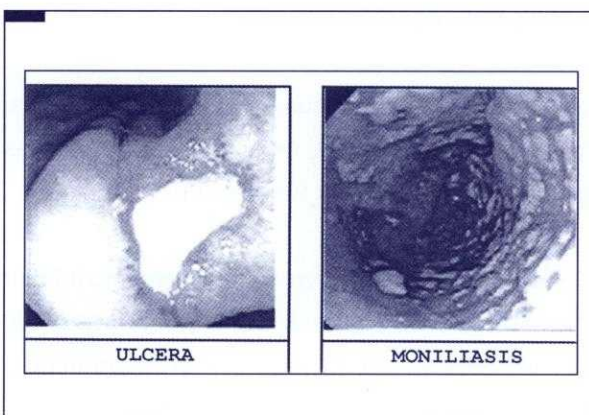
Realizar endoscopia digestiva alta de control, ecografía de partes blandas de miembro inferior izquierdo y repetir nueva ecografía doppler venosa de miembros inferiores.

07/08)

Por punción de vena femoral derecha se coloca filtro en vena cava inferior debajo de la vena renal derecha, procedimiento sin complicaciones.



ENDOSCOPIA DE CONTROL (2/07/08)



Moniliasis esofágica severa, úlcera gástrica activa Forrest III

Paciente en mejor estado general con disminución de dolor y edema (33cm) en pierna izquierda

Ecografía de partes blandas y control doppler venoso de miembro inferior izquierdo:



Presencia de colección líquida entre las aponeurosis de los músculos gemelo lateral y sural.

Trombosis de vena poplítea izquierda que tiene características de no ser reciente al igual que la trombosis de la vena del sural de la pierna contralateral.

Hemograma de control: Hb 7.8 g/dl leucocitos 5.400, plaquetas 357000, urea 15 mg/dl, creatinina 0.7 mg/dl.

Presenta mejoría significativa con disminución del edema en miembro inferior izquierdo, menor dolor a este nivel, la evolución es favorable, mejora su estado hemodinámico.



En fecha 21 de Julio del 2008 se indica el alta Médica con los siguientes diagnósticos finales:

- Tromboembolismo de pulmón
- Trombosis venosa profunda de ambos miembros inferiores
- Hemorragia digestiva alta por úlcera gástrica activa controlada.
- Insuficiencia aguda pre-renal revertida

CONCLUSIONES

El diagnóstico de TEP continúa siendo en la práctica médica de hoy un desafío, porque es una enfermedad frecuente y subdiagnosticada en muchas oportunidades. La sospecha, historia clínica y el examen físico de TEP y TVP son sugestivos del diagnóstico, pero muchas veces se trata de hallazgos inespecíficos. Bajo estas circunstancias el diagnóstico por imágenes adquiere vital importancia, así como la precocidad con que se realice el tratamiento, porque de ello depende la sobrevida.

LECTURAS RECOMENDADAS

- 1 Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN, Petterson TM, O'Fallon WM, Melton LJ III. Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a 25-year population-based study. Arch Intern Med 1998;158:585-593
- 2 Francis CW. Prophylaxis for thromboembolism in hospitalized medical patients. N Engl J Med 2007;356:1438-1444. [Erratum, N Engl J Med 2007;357:203.]
- 3 Rosendaal FR, Koster T, Vandenbroucke JP, Reitsma PH. High risk of thrombosis in patients homozygous for factor V Leiden (activated protein C resistance). Blood 1995;85:1504-1508

- 4 Wells PS, Anderson DR, Rodger M, et al. Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and D-dimer. *Ann Intern Med* 2001;135:98-107.
- 5 The PIOPED Investigators. Value of the ventilation/perfusion scan in acute pulmonary embolism: results of the Prospective Investigation of Pulmonary Embolism Diagnosis (PIOPED). *JAMA* 1990;263:2753-2759
- 6 Tapson VF, Davidson CJ, Kisslo KB, Stack RS. Rapid visualization of massive pulmonary emboli utilizing intravascular ultrasound. *Chest* 1994;105:888-890
- 7 Büller HR, Agnelli G. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest* 2005;27:416
- 8 Layish DT, Tapson VF. Pharmacologic hemodynamic support in massive pulmonary embolism. *Chest* 1997;111:218-224