

Disnea brusca y Dímero D alto... ¡Sin TEP!

Tipo: Presentación Electrónica Científica

Autores: Víctor Fernández Lobo, Ana García Bolado, Paula Gallego Ferrero, Beatriz García Martínez, Amaya Iturralde Garriz, Javier Valentin De La Calle Lorenzo

Objetivos

El Embolismo pulmonar (EP) es una patología cada vez más frecuente en nuestro medio, clásicamente sospechada con la suma de un criterio clínico, la disnea súbita, y uno analítico, la elevación del Dímero D, ambos muy inespecíficos.

Nuestro objetivo es conocer las patologías más frecuentes que pueden presentar este binomio, con las que hacer diagnóstico diferencial cuando sospechemos tromboembolismo pulmonar, y hacer una clasificación de las mismas atendiendo a su incidencia.

Material y métodos

Se revisaron un total de 1043 angioTC de arterias pulmonares realizados en nuestro centro por sospecha de Tromboembolismo Pulmonar durante los años 2011 y 2012, clasificando primeramente los resultados como positivos o negativos para TEP. Posteriormente se clasificaron los resultados negativos atendiendo a la frecuencia con la que se repetían.

Resultados

La patología cardiaca (incluyendo en este grupo la insuficiencia cardiaca, el distress y el derrame pericárdico) fue encontrada en 116 casos (11,1%) (Fig 1), seguida en orden de frecuencia por la bronconeumonía (70, 6,7%) (Fig 2), el derrame pleural (66, 6,3%) (Fig 3), la hipertensión pulmonar (57, 5,5%), procesos neoformativos/metastásicos (37, 3,5%) (Fig 4), fibrosis pulmonar reagudizada (18, 1,7%), procesos infecciosos no neumónicos (7, 0,7%) y el neumotórax (5, 0,5%).

En 418 casos (40,1%) el estudio no mostró ninguna alteración de significado patológico (Fig 5).

Imágenes en esta sección:

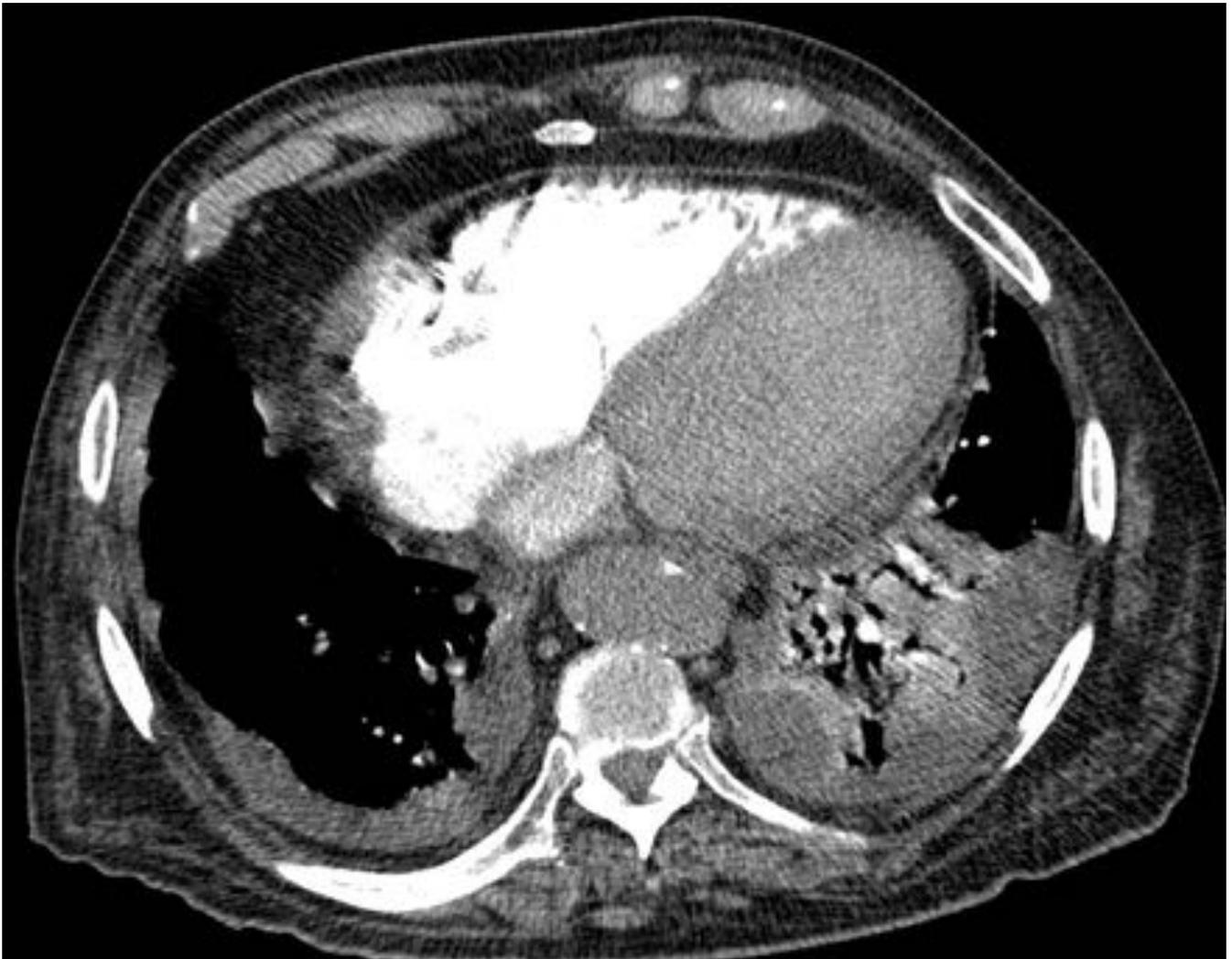


Fig. 1: Insuficiencia cardíaca. Cardiomegalia con discreto derrame pleural bilateral y pericárdico.

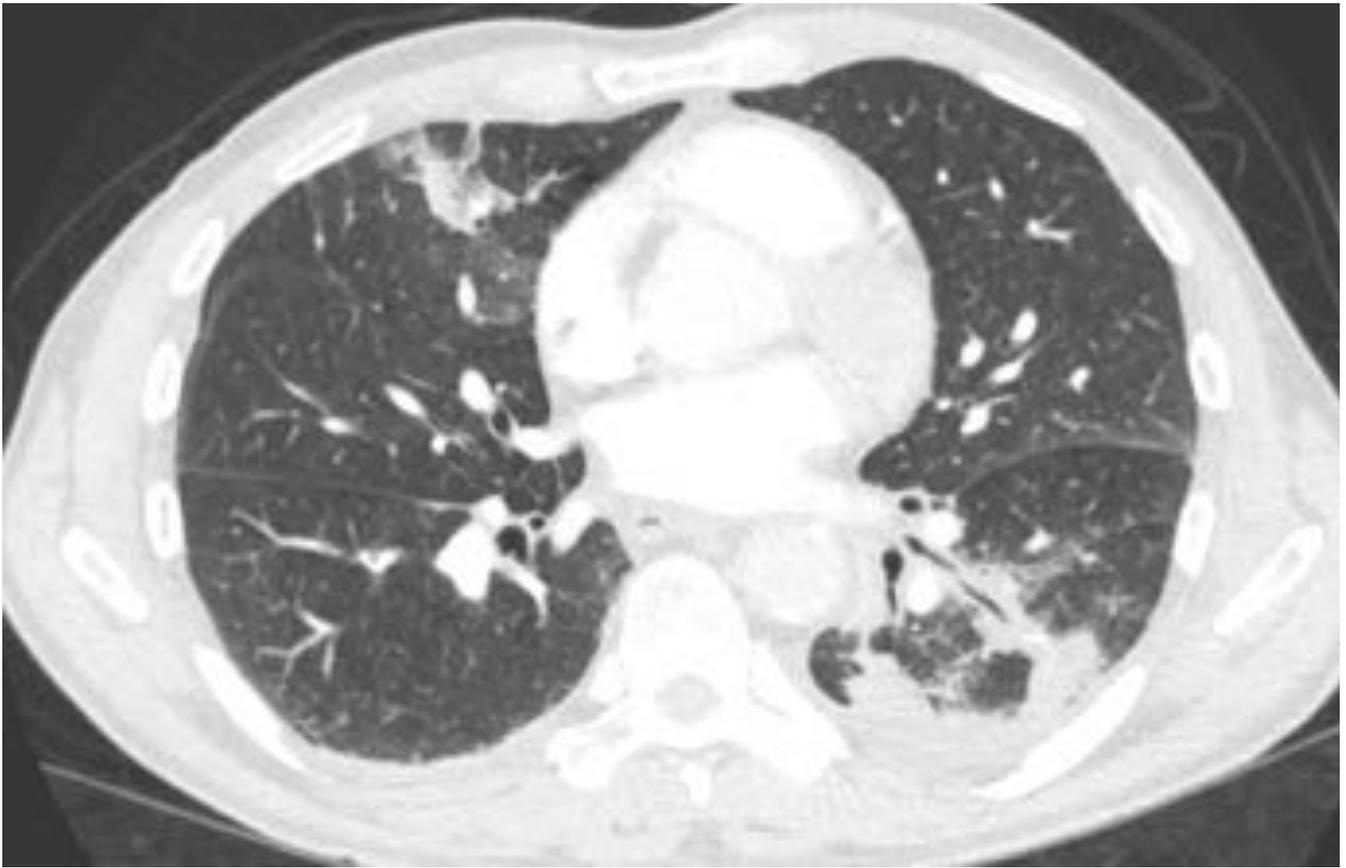


Fig. 2: Bronconeumonía. Condensación basal izquierda con broncograma aéreo.



Fig. 3: Derrame pleural bilateral de cuantía severa con atelectasia pasiva pulmonar.

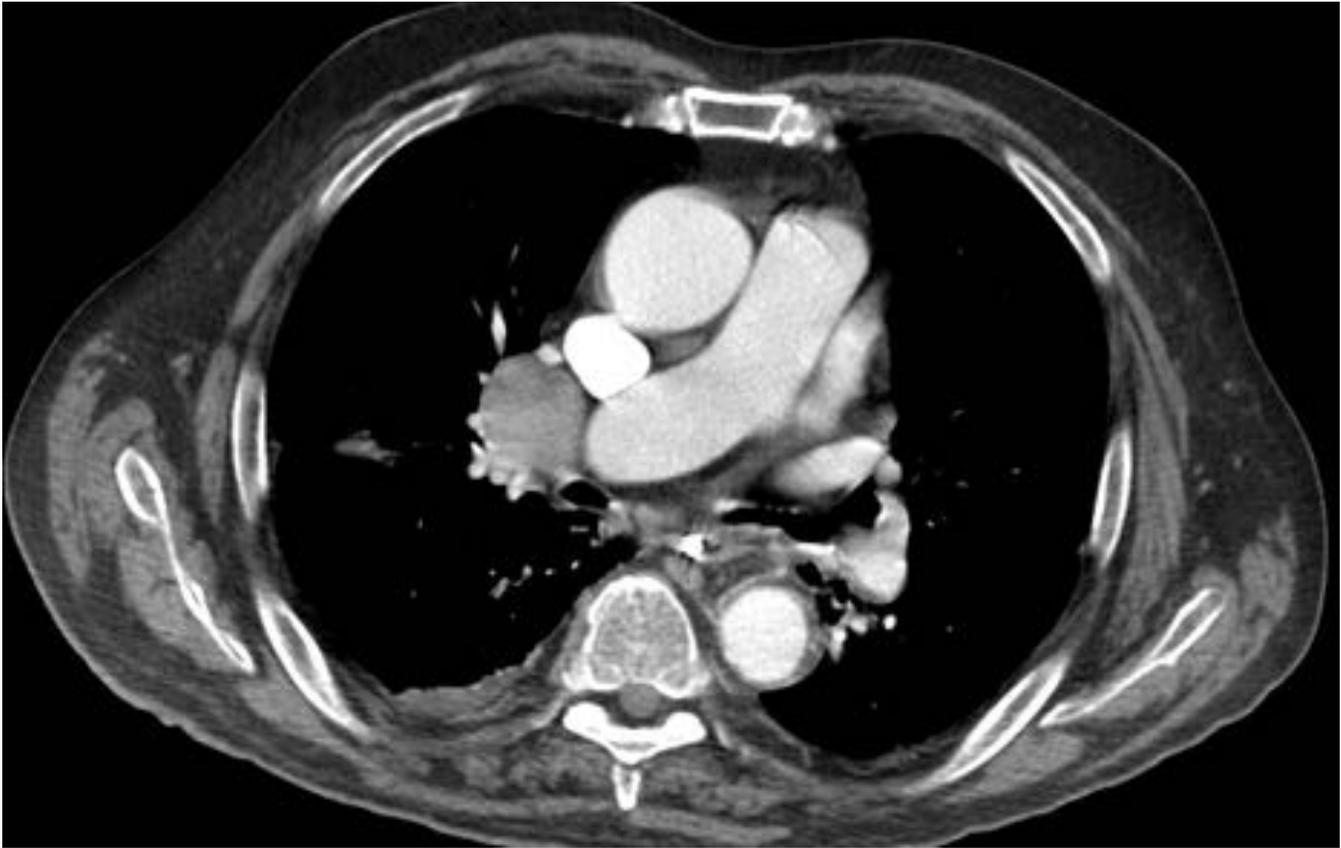


Fig. 4: Neoformación broncopulmonar. Masa/conglomerado adenopático hilar derecho, espiculado, sugestivo de malignidad.

PATOLOGIA	NÚMERO
TEP.	237 (22,7%)
NO TEP.	806 (77,3%)
ESTUDIO NORMAL	418 (40,1%)
PATOLOGIA CARDIACA (Insuficiencia, derrame pericárdico, distress)	116 (11,1%)
NEUMONIA	70 (6,7%)
DERRAME PLEURAL	66 (6,3%)
HIPERTENSIÓN PULMONAR	57 (5,5%)
NEOFORMACIÓN BRONCOPULMONAR/ METÁSTASIS	37 (3,5%)
FIBROSIS PULMONAR	18 (1,7%)
PROCESO INFECCIOSO NO NEUMÓNICO (TBC, Aspergilosis, otros procesos granulomatosos)	7 (0,7%)
NEUMOTÓRAX	5 (0,5%)
OTROS (Enfisema, Broncoaspiración, Hemorragia alveolar, Rechazo/Dehiscencia en trasplante pulmonar)	12 (1,2%)

Fig. 5: Resultados ordenados por frecuencia de la patología más comúnmente encontrada en nuestra serie de angioTC de arterias pulmonares.

Conclusiones

El binomio disnea brusca y Dímero D elevado es altamente inespecífico para el diagnóstico de TEP, confirmándose tal diagnóstico solo en el 23% de los casos.

Entre los múltiples diagnósticos diferenciales a tener en cuenta, destacan la patología cardíaca, las neumonías, el derrame pleural y la hipertensión arterial pulmonar. Otras posibilidades, aunque mucho menos frecuentes son el diagnóstico de un proceso tumoral broncopulmonar o una metástasis, una fibrosis pulmonar reagudizada o no conocida (18; 1,7%), procesos infecciosos no neumónicos (7; 0,7%) y el neumotórax (5; 0,5%).

En aproximadamente el 40% de las ocasiones el estudio no mostrará hallazgos de significación patológica.

Bibliografía / Referencias

Assessing Clinical Probability of Pulmonary Embolism in the Emergency Ward A Simple Score.
Wicki J, Perneger TV, Junod AF, Goungmeaux H, Perrier A.
Arch Intern Med. 2001 Jan 8;161(1):92-7.

Using Clinical Evaluation and Lung Scan to Rule Out Suspected Pulmonary Embolism Is It a Valid Option in Patients With Normal Results of Lower-Limb Venous Compression Ultrasonography?
Arnaud Perrier; Marie-José Miron; Sylvie Desmarais; Philippe de Moerloose; Daniel Slosman; Dominique Didier; Pierre-François Unger; Alain Junod; Jean-Victor Patenaude; Henri Bounameaux.
Arch Intern Med. 2000;160(4):512-516.

Overdiagnosis of Pulmonary Embolism by Pulmonary CT Angiography.
Barry Donald Hutchinson, Patrick Navin, Edith M. Marom, Mylene T. Truong and John F. Bruzzi.
American Journal of Roentgenology. 2015;205: 271-277