Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1291

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-007 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN ADULTOS JÓVENES

N. Solís Marquínez, J. González Vallés, A. García Morán, A. García Vallina, R. Fernández Regueiro, E. Fonseca Aizpuru, M. Aparicio López

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Resumen

Objetivos: Analizar las características clínicas, los factores de riesgo (FR) y las principales complicaciones del tromboembolismo pulmonar (TEP) en adultos jóvenes (menores de 45 años).

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de TEP en nuestro hospital entre 1996 y 2014. El diagnóstico se realizó en base a criterios de imagen mediante gammagrafía de ventilación-perfusión o tomografía axial computarizada (TAC) o mediante hallazgos en necropsia.

Resultados: Se recogieron 115 casos a través del Servicio de Codificación del hospital, de los cuales se excluyeron 21 por no cumplir los criterios mencionados. Se identificaron por tanto, 94 pacientes, 57 (61%) mujeres y 37 (39%)hombres, con una edad media de 34 años (DE 6,6, rango 17-44) y un índice de Charlson medio de 0,85 (rango 0-9). Al ingreso, 4 (4%) pacientes no tenían ningún FR para TEP; 29 pacientes 1 FR (31%), 46 pacientes 2 FR (49%), 11 pacientes 3 FR (12%) y 4 pacientes 4 FR (4%). El más frecuente fue el tabaquismo (62%) seguido de terapia hormonal (32%), sobrepeso/obesidad (21%) y férula (11%). 6 pacientes (6%) habían sufrido previamente una trombosis venosa y en 19 (20%) constaba historia trombótica familiar. La forma de presentación más frecuente fue dolor torácico en 64 casos (68%), disnea en 57 (61%), síncope/presíncope en 16 (17%), hemoptisis 16 (17%), síndrome confusional en 5 (5%) y parada cardiorrespiratoria en 4 (4%). Se confirmó trombosis venosa profunda en 42 pacientes (45%), siendo asintomática en el 19%. En 60 pacientes se pidió el D-dímero al ingreso, con un valor medio de 2.678,02 µg/l. La radiografía de tórax fue normal en 51 casos (54%) y en 27 (29%) se objetivó un infiltrado pulmonar. Respecto al ECG, fue normal en 42 pacientes (45%), en 31 (33%) se objetivó taquicardia sinusal y en 14 (15%) se describe el patrón S1Q3T3.Como método de imagen diagnóstica, se utilizó la gammagrafía en 16 pacientes y TAC en 76 pacientes. 2 pacientes fueron diagnosticados a partir de una necropsia. El 96% de los pacientes recibió anticoagulación con heparinas subcutáneas a dosis terapéuticas (4 pacientes fallecieron antes del inicio de las mismas) y un 12% precisó de fibrinólisis. 21 pacientes requirieron ingreso en UVI. Recibieron anticoagulantes orales intrahospitalarios 73 pacientes (78%), iniciándose con una media de 5,8 (DE 12,8) días tras el diagnóstico. En todos los casos el anticoagulante elegido fue un antivitamina K. Se realizó estudio de trombofilia en 61 (65%) pacientes resultando patológica en el 46%. El tipo de trombofilia más frecuente fue la protrombina G20210A12 (9 pacientes) y aumento del F VIII (8 pacientes). Respecto a la mortalidad, 5 (5%) pacientes fallecieron durante el ingreso y 2 en el primer año de seguimiento.

Discusión: El TEP es una complicación poco frecuente en pacientes menores de 45 años. El riesgo viene dado por la combinación de factores de riesgo de poco peso ponderado, como lo son el hábito tabáquico, la terapia hormonal (principalmente anticonceptivos orales) y la obesidad. Las formas más frecuentes de presentación son el dolor torácico y la disnea, con radiografía de tórax y ECG normales. Se objetivó una importante mortalidad, definida principalmente en aquellos pacientes en los que el diagnóstico se hizo tras una parada cardiorrespiratoria.

Conclusiones: Nuestros hallazgos son concordantes con los referidos en la literatura médica. El riesgo trombótico es consecuencia del efecto aditivo de varios FR de bajo peso ponderado. Se debe incluir el TEP en el diagnóstico diferencial de los pacientes que acuden a Urgencias con la clínica descrita dada la importante mortalidad hallada en nuestro estudio.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.