

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR BILATERAL

Mujer de 38 años que acude a su MAP con disnea de esfuerzo desde hace dos meses que en los últimos días es de mínimos esfuerzos, ha presentado dos episodios sincopales, el último hace tres días. Toma **anticonceptivos orales** (Anaomi diario®; 0,1 mg de **levonorgestrel** y 0,02 mg de **etinilestradiol**) y tiene un hermano con cardiopatía congénita. Desde hace varias semanas toma **ibuprofeno** 400 mg/8H tras el diagnóstico de esguince en tobillo izquierdo. A la exploración la paciente está normocoloreada, bien perfundida, AC rítmica, taquicardia, murmullo vesicular conservado, TA 110/60, Sat O₂ 92%, FC 110.

Se realiza ECG en consulta de AP donde se observa taquicardia sinusal. Se deriva a urgencias de hospital de referencia para continuar estudio. Extremidades: no edemas, no signos de TVP, pulsos pedios +.

Pruebas radiológicas:

TC arterias pulmonares: Enfermedad tromboembólica bilateral, masiva, aguda, defectos de repleción en ramas arteriales principales pulmonares, ramas lobares y segmentarias de LM y de ambos lóbulos inferiores. Signos de sobrecarga sistólica ventricular derecha con rectificación del septo interventricular, leve crecimiento ventricular derecho y reflujo a la cava inferior.

Ecocardiograma

AI normal. AD dilatada. VI no dilatado con movimiento del septo propio de sobrecarga de presión de VD-FEVI normal. Válvula mitral y aórtica normales.

VD dilatado. Hipocontráctil.

Conclusión: Compatible con sobrecarga aguda de VD (TEP). Fallo derecho

Analítica:

Creatinina plasmática: 2.0 mg/L [normal: 1.2-1.8 mg/dL en mujeres adultas], BNP 183 pg/mL [normal < de 100 pg/mL] y urea 50 mg/dl [normal: 6 y los 20 mg/dl]

CrCl: 36.13 mL/min

Troponina I Ultrasensible en suero 474, 41 pg/ml [0,005- 0,030 ng/mL] y Dímero D 3223 ng/ml [normal: 77-99 ng/dL], INR 1,03, por lo que se sospecha TEP y se decide ingreso hospitalario en UCI.

Se realizan pruebas radiológicas y ECG confirmándose el diagnóstico de TEP bilateral de riesgo intermedio con marcadores positivos de disfunción de VD y daño miocárdico.

Se decide realizar trombólisis, la paciente evoluciona bien y se da alta en domicilio con Sintrom® (**acenocumarol**).

Preguntas:

1. ¿Existe relación entre el uso de anticonceptivos orales y un episodio de TEP?, ¿su uso se considera un factor de riesgo para TEP?
2. ¿Qué fármaco seleccionaría para iniciar trombólisis?
 - 2.1. HNF
 - 2.2. HBPM
 - 2.3. Bloqueo de la glucoproteína GIIb/IIIa plaquetar
 - 2.4. Alteplasa
3. ¿Es correcto comenzar la terapia con acenocumarol en este contexto clínico?
4. ¿Sería una opción más segura y eficaz el uso de un anticoagulante oral directo (ACOD)?