

Fig. 1.

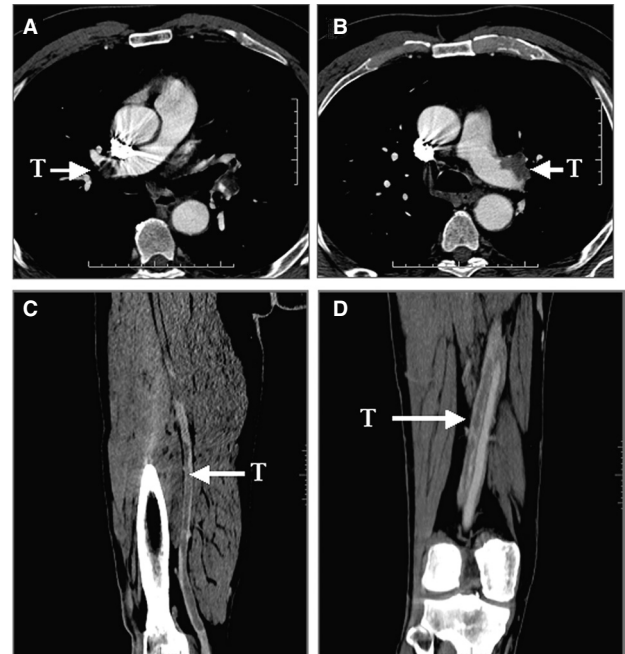


Fig. 2.

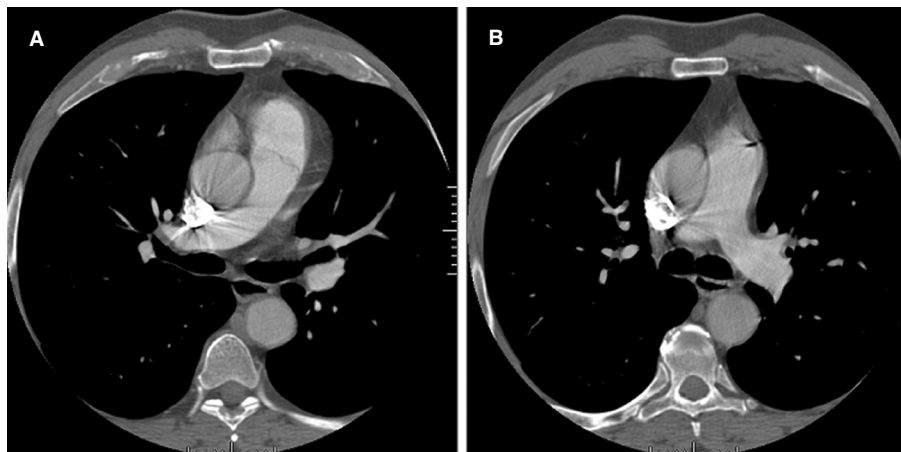


Fig. 3.

Tromboembolia pulmonar y tomografía multicorte

Varón de 52 años sin antecedentes cardiológicos de interés y con inmovilización prolongada debida a un traumatismo del tobillo derecho con fisura peronea sin tratamiento antitrombótico profiláctico.

Acude al servicio de urgencias por un cuadro sincopal asociado a sensación disneica. En la exploración fí-

sica el paciente se muestra taquicárdico y taquipneico, sin otros hallazgos. El hemograma, la bioquímica y la radiografía de tórax eran normales. La gasometría mostraba hipoxemia con hipocapnia y el electrocardiograma objetivó taquicardia sinusal con patrón típico S₁-Q_{III}-T_{III} y bloqueo incompleto de rama derecha (fig. 1 A).

Ante la sospecha de tromboembolia pulmonar se realizó una tomografía multicorte con contraste intravenoso que mostró una embolia pulmonar que afectaba a las 2 arterias pulmonares principales, con progresión en el lado derecho a las 3 ramas lobares y en el lado izquierdo a la lobar inferior (fig. 2 A y B). Con la misma dosis de contraste administrada se amplió el estudio al sistema venoso de los miembros inferiores que mostró una trombosis extensa de ambas venas femorales profundas y poplíteas (fig. 2 C y D).

Se efectuó fibrinólisis, tras la cual el paciente quedó asintomático y desapareció el patrón electrocardiográfico $S_1-Q_{III}-T_{III}$, así como el bloqueo de rama derecha (fig. 1 B). La tomografía de control mostró la total desaparición de la embolia pulmonar (fig. 3 A y B).

José Ramón Balaguer^a, Aurelio Quesada Dorador^a y Jordi Estornell^b

^aServicio de Cardiología. ERESA. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. ^bUnidad de TAC y RM. ERESA. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.