

**Código:8/573**

**Título: TEP intermedio que simula SCASEST**

## Objetivo

Mostrar que un tromboembolismo pulmonar (TEP) de riesgo intermedio puede presentarse como SCASEST por dolor torácico y troponinas elevadas; y cómo la hipoxemia refractaria y un bloqueo de rama derecha (BRD) nuevo orientan al diagnóstico correcto y a un manejo específico.

## Presentación del caso

Varón de 60-70 años, antecedentes de HTA y dislipemia. Dolor torácico opresivo de 4-6 h. Triage: TA 118/72 mmHg, FC 104 lpm, FR 22 rpm, SatO<sub>2</sub> 92% aire ambiente, T<sub>a</sub> 36,6 °C. ECG: ritmo sinusal, BRD completo (QRS 132 ms), sin cambios claros de repolarización. Troponinas: 250 ng/L (VN <14), 410 ng/L (3 h), 360 ng/L (6 h). Clasificado inicialmente como SCASEST.

## Evolución clínica

En observación, pese a gafas nasales 3 L/min, la SatO<sub>2</sub> no supera el 88%. Disnea progresiva, sin crepitantes. Se sospecha sobrecarga de VD por BRD y se reevalúa el diagnóstico diferencial.

## Pruebas complementarias

Gasometría (O<sub>2</sub> 3 L/min): pH 7,44; PaCO<sub>2</sub> 33 mmHg; PaO<sub>2</sub> 58 mmHg (gradiente A-a elevado). D-dímero 3.500 ng/mL; NT-proBNP 1.000 pg/mL. Rx tórax: sin condensaciones ni edema. Angio-TC pulmonar: defectos de repleción lobares/segmentarios bilaterales; relación VD/VI 1,1. TEP confirmado.

## Estratificación de riesgo

sPESI ≥ 1 (SatO<sub>2</sub> <90% en algún momento): riesgo no bajo. Perfil intermedio-alto: normotenso, troponina elevada y disfunción de VD por eco/imagen.

## Manejo y evolución

Anticoagulación con enoxaparina 1 mg/kg/12 h. Oxigenoterapia con ajuste de flujo. Sin trombólisis inicial por estabilidad hemodinámica; fibrinólisis de rescate preparada ante deterioro. A 24-48 h: mejoría clínica (SatO<sub>2</sub> >94% con bajo flujo) y descenso de marcadores. Transición a anticoagulación oral (p. ej., rivaroxabán/apixabán). Plan: 3-6 meses según factores de riesgo; seguimiento por cardiología y atención primaria.

## Discusión

La troponina elevada no es exclusiva del SCA: en TEP refleja lesión por sobrecarga del VD. La combinación de hipoxemia refractaria, BRD nuevo y ausencia de signos de congestión pulmonar debe activar la sospecha de TEP. El ecocardiograma a pie de cama prioriza la solicitud de angio-TC y acelera el diagnóstico. En TEP intermedio-alto, la anticoagulación precoz y la disponibilidad de fibrinólisis de rescate son fundamentales.

## Mensajes clave

- No toda troponina elevada es SCA.
- Hipoxemia refractaria + BRD: pensar en TEP.
- Angio-TC confirma; eco y biomarcadores estratifican.
- Anticoagulación precoz y plan de rescate salvan vidas.

