



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 423/153 - UNA PÉRDIDA DE CONSCIENCIA DIFERENTES

L. Alonso Buznego<sup>1</sup>, D. Martínez Revuelta<sup>2</sup>, M. Gómez González<sup>3</sup>, J. Bustamante Odriozola<sup>4</sup>, J. González Fernández<sup>5</sup>, M. Maamar El Asri<sup>6</sup>, B. Gutiérrez Muñoz<sup>7</sup>, A. Gutiérrez Pérez de Lis<sup>8</sup>, A. del Rey Rozas<sup>9</sup>, A. Ruiz Urrutia<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Oncología Médica. HUMV Santander. Cantabria, <sup>2</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria, <sup>3</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria, <sup>4</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria, <sup>5</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo. Reinosa. Cantabria, <sup>6</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria, <sup>7</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria, <sup>8</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria, <sup>9</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria, <sup>10</sup>Médico residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 72 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA) e insuficiencia cardiaca, en tratamiento con valsartán 80 mg y furosemida 40 mg desayuno y comida. Acude a consulta a última hora de la mañana, traída por sus hijas, por síncope hace 6 horas de aproximadamente, de 30 segundos de duración. Niega pródromos, dolor torácico, convulsiones ni fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** Taquicardia. Saturación de oxígeno de 96%. Consciente y orientada en las tres esferas. Exploración neurológica rigurosamente normal. No aumento de presión venosa yugular ni soplos carotídeos. Auscultación cardiaca: rítmico sin soplos. Auscultación pulmonar: hipofonesis generalizada. Extremidades inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda con pulsos pedios positivos. Resto de exploración sin hallazgos destacables. Se realiza en el Centro de Salud un electrocardiograma que muestra taquicardia sinusal, con bloqueo de rama derecha y onda T negativa de V1 a V3, con patrón S1Q3T3. Dado el episodio de pérdida de conocimiento y los hallazgos se deriva urgencias hospitalarias para valoración. En urgencias, se realiza analítica con resultado de creatinina, urea, Na, K, glucosa, amilasa, GPT, CK, troponina, NT-proBNP y hemograma sin alteraciones significativas. Se solicita dímero D que es de 1.400 ng/mL, realizándose angio-TC pulmonar que informa de defectos de repleción arteriales pulmonares compatible con embolismo masivo.

**Juicio clínico:** Síncope secundario a tromboembolismo pulmonar.

**Diagnóstico diferencial:** Reagudización insuficiencia cardiaca. Tromboembolismo pulmonar. Infección respiratoria. Neumotórax. Taponamiento cardíaco. Bloqueo auriculoventricular. Bloqueo trifascicular.

**Comentario final:** Tras el diagnóstico, se monitorizó a la paciente, ingresó en neumología y se comenzó con anticoagulación con enoxaparina 80 mg cada 12 horas. Se realizó ingresada ecocardiograma que fue normal. En el eco-doppler venoso de extremidades inferiores se observó trombosis a nivel de vena femoral común. Los estudios de trombofilia fueron negativos. Actualmente continúa en seguimiento en consulta de neumología. Este caso ilustra una patología que fácilmente puede pasar desapercibida, más aún con una

forma de presentación atípica. Recordar la importancia en Atención Primaria de la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias de las que dispongamos como el electrocardiograma, que fue quien nos dio en este caso la información necesaria con el patrón típico de orientar el caso hacia la sospecha de tromboembolismo pulmonar.

### Bibliografía

Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galiè N, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J*. 2014;35(43):3033-80.

Keller K, Beule J, Balzer JO, Dippold W. Syncope and collapse in acute pulmonary embolism. *Am J Emerg Med*. 2016;34(7):1251-7.