



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

387/56 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO ETIOLOGÍA DE SINCOPE

M. Gómez González¹, A. del Rey Rozas², J. Rodríguez Duque³, D. Martínez Revuelta⁴, J. Bustamante Odriozola⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 77 años que acude a Urgencias por presentar disnea, dolor torácico y síncope. Sin antecedentes personales de interés, según refiere 24 horas antes presenta en vía pública disnea brusca y pérdida transitoria de conocimiento de 1 segundo de duración sin movimientos epileptiformes. Niega suelta de esfínteres o mordedura lingual. Posterior recuperación rápida a basal persistiendo disnea leve y dolor torácico de características pleuríticas en hemicárdia izquierda, acudiendo a su centro de salud. Tras valoración y ECG se decide alta a domicilio explicando signos de alarma. Sin embargo, dada la progresión clínica el paciente reacude tras 24 horas donde objetivan alteraciones respecto a ECG previo y se decide derivación a Urgencias para segunda evaluación.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36,9 °C. TAS: 162 mmHg. TAD: 114 mmHg. FC: 85 lpm. FR: 32 rpm. Saturación O₂: 92%. AC: rítmica sin soplos. AP: murmullo vesicular con subcrepitantes basales. Abdomen: globuloso, depresible, no doloroso, sin defensa, no masas ni megalías, RHA presentes. EEII: discreto edema con fóvea en extremidad inferior derecha, pulsos pedios presentes. Homans negativo. NRL: Sin signos de focalidad neurológica. Signos meníngeos negativos. PC) ECG: ritmo sinusal a 84 lpm, Eje derecho, S1Q3T3, T negativa de V1-V4. Bioquímica general: glucosa 153, creatinina 0,82, Na 138, K 3,8, filtrado glomerular 85. Hemograma: leucocitos 15.400, hematíes 5,24, hemoglobina 16,3, hematocrito 46,6, plaquetas 147.000, segmentados 13,10, linfocitos 0,9, dímero D 19.957, troponina 0,48 mg/dL. TC arterias pulmonares: tromboembolismo pulmonar masivo con signos de sobrecarga derecha. Foco de contusión pulmonar a nivel de 8-9° arcos costales izquierdos sin fracturas óseas asociadas.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar masivo con datos de sobrecarga derecha.

Diagnóstico diferencial: Dentro de las posibilidades diagnósticas del síncope se presentan entre otros el perfil neuromediado o reflejo y el perfil cardiológico. El primero implicado en cuadros con un pródromo de perfil vasovagal o situacional sobre los que habrá que incidir en la anamnesis, en este caso con disnea brusca como único factor premonitorio. El segundo, asociado a una morbitimortalidad relevante presenta una etiología desde estructural a eléctrica deberá ser descartado mediante la anamnesis y pruebas complementarias, siendo fundamental la realización de un electrocardiograma.

Comentario final: La asociación entre síncope y tromboembolismo pulmonar está pobemente documentada, reportándose en estudios retrospectivos una frecuencia igual o inferior al 10% de los casos como

manifestación primaria. El mecanismo fisiopatológico implica una disminución de la presión sanguínea, un aumento de la frecuencia cardíaca y una disfunción del ventrículo derecho, provocando un síncope de perfil cardiovascular. Dado que el tromboembolismo pulmonar puede asociarse a tasas de morbimortalidad elevadas es conveniente realizar una correcta anamnesis y exploración teniendo siempre presente dicha etiología.

Bibliografía

Syncope and collapse in acute pulmonary embolism. Am J Emerg Med. 2016;34(7):1251-7.

Prevalence of Pulmonary Embolism among Patients Hospitalized for Syncope. N Engl J Med. 2016;375(16):1524-31.