



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1700 - A raíz de un síncope

E. Barrios Campal^a, A.M. Cantero Macedo^b, A. Palmerín Donoso^a, R.J. Gómez García^a, M. Forte Guerrero^a, C.M. Sánchez Pérez^a, I. Sampaio Carvalho^b, M. Apolo González^a, L. Hernández Romero^a y M.C. Ruiz Camacho^a

^aMédico Residente; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 19 años, sin alergias conocidas, sobrepeso, fumadora de dos cigarros al día. Síndrome de ovario poliquístico en seguimiento por Ginecología y en tratamiento con Anticonceptivos orales. Consulta por episodio sincopal: deambulando por la vía pública, ha notado sensación de falta de aire, y visión borrosa. Ha intentado sentarse sin conseguirlo, cayendo al suelo con pérdida de conciencia de segundos de duración según testigos presenciales. Aqueja dolor de espalda y cráneo.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada al Centro de Salud: Tensión arterial 100/72 mmHg. Saturación de oxígeno O₂ 92%. Temperatura 36,4 °C. Frecuencia cardíaca 111 lpm. Vigil, orientada y consciente. Taquipneica en reposo a 22 rpm. Cianosis y frialdad acra. Palidez cutánea. Tolera decúbito con cabecero elevado. Glasgow 15 puntos. Sin hallazgos de focalidad neurológica. Cabeza con erosión y contusión supraciliar izquierda. Auscultación cardíaca: rítmica taquicárdica sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Resto sin hallazgos. Se avisa a Unidad de Transporte Medicinalizado de Emergencias para traslado a Servicio de Urgencias Hospitalarias. Mientras realizamos ECG: ritmo sinusal a 100 lpm. Q en derivación III, resto sin alteraciones. En urgencias de hospital: Hemograma: leucocitos 14,6 mil/mm³. Neutrófilos 10,4 mil/mm³. Fibrina D-dímero: 2.677 ng/ml. Rx tórax: sin imágenes claras de condensación. TAC tórax con protocolo de TEP: TEP masivo que afecta a arterias lobares y segmentarias de forma bilateral. Imagen sugestiva de infarto pulmonar en la región periférica del segmento lateral del lóbulo inferior derecho. Ante los hallazgos se decide ingreso en UCI. En base a esto y manteniéndose estable hemodinámicamente se decide alta a planta de Medicina Interna. Tras resolución clínica se procede al alta con indicación de abandonar hábito tabáquico, suspender anticonceptivos. Derivación a Consultas hematología para estudio trombofilia. Heparina de bajo peso molecular subcutánea.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar masivo. Infarto pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Neumonía. Pericarditis. Pleuritis. Insuficiencia cardíaca congestiva. Neumotórax. Taponamiento pericárdico.

Comentario final: Destacar la importancia de la anamnesis para conocer los factores de riesgo de tromboembolismo previo a la prescripción de anticonceptivos.

Bibliografía

1. Morales-Blanhir JE. Salas-Pacheco JL. Rosas-Romero MJ. Valle-Murillo MA. Diagnóstico de tromboembolia pulmonar. Archivos de Cardiología de México.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Anticonceptivos hormonales orales.