



## Medicina de Familia. SEMERGEN



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

### 212/1392 - Síncope: no te olvides del tromboembolismo pulmonar (TEP)

J.C. Estrada Timana<sup>a</sup>, V.E. Gil<sup>b</sup>, I. Andrés Antolín<sup>c</sup>, D. Díez Díez<sup>d</sup>, A.I. Iglesias Clemente<sup>d</sup>, P. Toral Buena<sup>a</sup> y M. Asensio García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jardinillos. Palencia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Clínica Recoletas. Palencia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintor Oliva. Palencia. <sup>d</sup>Médico Residente. Centro de Salud La Puebla. Palencia.

#### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 87 años que vive sola, es llevada a Urgencia por familiares tras ser encontrada, tumbada en el suelo, despierta, desorientada y agresiva con sospecha de evolución de algunas horas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Despierta, orientada en persona, desorientada en espacio y tiempo, por momentos agresiva, poco colaboradora. Tensión arterial: 142/90 mmHg, frecuencia cardiaca 70 lpm, SatO2 98% basal. Neurológico: sin otros hallazgos. Miembros inferiores: Región gemelar derecha discreto aumento de volumen, eritematosa y aumento de temperatura. Tomografía cerebral: sin hallazgos significativos. Analítica: CPK 1.664 UI/L, PCR 44,3 mg/L. Ante la ausencia de hallazgos significativos en la tomografía cerebral, se pide dímero D: > 6.000 ng/ml, angiotomografía de arterias pulmonares: tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral de marcado predominio derecho. Ya ingresada Medicina Interna se realiza doppler de miembros inferiores venoso donde no se observaron signos de trombosis venosa profunda.

**Juicio clínico:** Síncope por TEP bilateral.

**Diagnóstico diferencial: Comentario final:** El síncope se ha descrito como presentación del TEP entre un 13 a 30% de las ocasiones, aunque su incidencia probablemente sea mayor. Habitualmente suele asociarse a la embolia de pulmón masiva. La oclusión superior al 50% del territorio vascular pulmonar ocasiona un fallo cardíaco llevando a una disminución del flujo sanguíneo cerebral y síncope. En cuanto a rendimiento de signos y síntomas, la triada clásica de dolor pleurítico, disnea súbita y hemoptisis solo está presente en el 40% de los casos de TEP en pacientes sin enfermedad pulmonar previa, mientras que la disnea o taquipnea se observa en el 84%. Las revisiones sistemáticas sobre el diagnóstico del TEP recoge el valor de múltiples signos y síntomas, con el mayor cociente de probabilidad (CP) para el shock (CP: 4,07), mientras que el síncope con CP: 2,38.

#### Bibliografía

1. Jiménez D, Díaz G, Valle M, et al. El síncope como forma de presentación de la embolia de pulmón: valor pronóstico. Arch Bronconeumol. 2005;41:385-8.
2. Stein PD, Beemath A, Matta F, Weg JG, Yusen RD, Hales CA, et al Clinical characteristics of patients with acute pulmonary thromboembolism: data from PIOPED II. Am J Med. 2007;120:871-9.

3. West J, Goodacre S, Sampson F. The value of clinical features in the diagnosis of acute pulmonary embolism: systematic review and meta-analysis. QJM. 2007;100:763-9.

**Palabras clave:** *Síncope. Tromboembolismo pulmonar.*