



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2035 - ¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE UN SÍNCOPE?

S. Gandía López<sup>a</sup>, M. Torrens Darder<sup>b</sup>, I. Torrens Darder<sup>c</sup>, I. Ramírez Manent<sup>c</sup>, P. Valladares Fernández<sup>b</sup> y C. Mendoza Cubero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ponsa. Baleares. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Calvià. Baleares. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santa Ponsa. Baleares.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 76 años con los antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral en 2014 por el que está anticoagulada; acude al centro de salud por caída casual en vía pública con contusión en parrilla costal izquierda sin realizar traumatismo craneo-encefálico ni pérdida de conocimiento. Mientras se realiza exploración física la paciente hace un síncope con recuperación espontánea a los 20-30 segundos con un vómito y sensación de mareo. Por empeoramiento del estado general, se decide derivar a urgencias hospitalarias para valoración de causas secundarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general, palidez muco-cutánea, taquicárdica. Pupilas isocóricas y reactivas, no focalidad neurológica. Auscultación cardio-pulmonar normal y abdomen globuloso, blando y depresible con dolor a la palpación de flanco izquierdo. Múltiples hematomas en las cuatro extremidades y tórax. En electrocardiograma no se aprecian alteraciones. En urgencias hospitalarias se realiza analítica (leucocitos 7.260/uL, neutrófilos 71%, hemoglobina 8,4 g/dl teniendo previa de 12 g/dl, VCM 118fl, creatinina 0,7 mg/dl); tomografía computarizada (TC) craneal que no muestra proceso agudo; sedimento urinario que no mostró alteraciones y un angioTC de arterias pulmonares debido a sus antecedentes de TEP bilateral, el que mostró múltiples fracturas costales y una estriación y láminas de líquido en grasa retroperitoneal izquierda, por lo que se amplió el estudio mediante TC abdominal, mostrando un hematoma retroperitoneal adyacente a la salida de la arteria renal izquierda. La paciente recibió tratamiento con sueroterapia además de concentrados de hematíes, analgesia y embolización de rama polar inferior y media de arteria renal.

**Juicio clínico:** Hematoma retroperitoneal complicado.

**Diagnóstico diferencial:** Hipovolemia por sangrado interno, síncope secundario a TEP, síncope situacional.

**Comentario final:** Aunque habitualmente los síncopes son provocados por procesos que no encierran gravedad, deben conocerse y descartarse las situaciones secundarias a un proceso grave que requieran una valoración médica urgente.

### Bibliografía

1. Benditt D. Syncope in adults. Uptodate. Disponible en: [https://www-uptodate-com.proxy1.athensams.net/contents/syncope-in-adults-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation?source=search\\_result&search=síncope&selectedTitle=1~150](https://www-uptodate-com.proxy1.athensams.net/contents/syncope-in-adults-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation?source=search_result&search=síncope&selectedTitle=1~150)
2. Plana Balnco A, Moreno Álvarez PJ. Pérdida Breve de conciencia. AMF 2014;10(6):344-8.

3. Moya i Mitjans Á, Rivas-Gándara N, Sarrias-Mercè A, et al. Síncope. Rev Esp Cardiol. 2012;65:755-65.

**Palabras clave:** Síncope. Embolismo pulmonar. Sangrado intraabdominal.