



# 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 craneoencefálico 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 hemáties, 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 síncope 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.