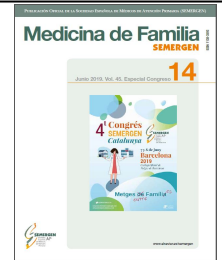




# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 421/59 - ¿SE TRATA SOLO DE UNA CAÍDA?

E. Esteban Canto<sup>1</sup>, M. Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, M. Rosa González<sup>2</sup>, A. Carbonel Tabuenca<sup>3</sup>, M. Massó Muratel<sup>4</sup>, D. Cortés Rodríguez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Médico Interno Residente. Centro de Atención Primaria Les Corts. Barcelona. <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de la Cañada. Madrid. <sup>3</sup>Médico Interno Residente. Centro de Atención Primaria Les Corts. Barcelona. <sup>4</sup>Médico Interno Residente. Centro de Atención Primaria Casanovas. Barcelona. <sup>5</sup>Médico Interno Residente. Centro de Atención Primaria Comte Borrell. Barcelona.

## Resumen

**Descripció del cas/Descripción del caso:** Mujer de 82 años sin hábitos tóxicos, independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Antecedentes personales: hipertensión arterial, enfermedad renal crónica (ERC) grado IIIB, neoplasia de mama que requirió intervención quirúrgica en 2009, actualmente libre de enfermedad, lumbalgia por radiculopatía L5, insuficiencia venosa. Consulta en el Centro de Atención Primaria por pérdidas transitorias de consciencia recuperadas ad integrum con amnesia anterógrada que ella describe como caídas frecuentes en domicilio los últimos días. Asocia disnea a grandes esfuerzos desde hace 2 semanas sin tos, expectoración ni fiebre. Tampoco aumento de edemas de extremidades inferiores, dolor torácico ni palpitaciones. De forma intercurrente, refiere durante el último mes dolor lumbar intenso que le limita la movilidad habitual.

**Exploració i proves complementàries/Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: hemodinámicamente estable, eupneica en reposo saturación de O<sub>2</sub> 92% basal, afebril. Auscultación cardiopulmonar y neurológica sin hallazgos. Equimosis en diferentes localizaciones, mínimos edemas que parecen crónicos en extremidades inferiores. ECG en ritmo sinusal con onda S en DI y bloqueo de rama derecha no presentes en el electrocardiograma (ECG) de hace 2 meses. Con los signos de sobrecarga derecha en el ECG y la desaturación a 92% en paciente sin cardiopatía ni neumopatía conocidas, se decide derivar a hospital de referencia bajo sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP). Analítica: insuficiencia respiratoria hipocápnica pO<sub>2</sub> 58 mmHg, pCO<sub>2</sub> 30,9 mmHg, insuficiencia renal aguda sobre ERC, Cr 1,67 mg/dl, FGe 28 ml/min y dímero-D > 10.000 ng/ml. Angiotomografía: TEP agudo bilateral con signos de sobrecarga derecha e infarto pulmonar en lóbulo superior derecho asociado.

**Judici clínic/Juicio clínico:** Se orienta el caso clínico como síncope de origen cardiopulmonar secundarios a TEP posiblemente en contexto de mayor inmovilización por lumbalgia crónica.

**Diagnòstic diferencial/Diagnóstico diferencial:** Traumatismo craneoencefálico. Crisis comiciales. Accidentes cerebrovasculares. Síncope vasovagal o por hipotensión ortostática. Arritmias.

**Comentari final/Comentario final:** Medicina Familiar y Comunitaria es, habitualmente, el primer contacto en patologías potencialmente graves y letales que podrían pasar desapercibidas sin una correcta aproximación diagnóstica. La evaluación inicial del síncope se basa en descartar causas de pérdida transitoria de consciencia no sincopales; seguido de anamnesis clínica, exploración física, ECG y determinación de presión arterial en supinación y ortostática, que lleva al diagnóstico certero o muy probable en el 50% de los casos

sin requerir pruebas adicionales o simplemente una prueba confirmatoria. Sin diagnóstico de sospecha, se debe priorizar la estratificación del riesgo de eventos graves, según las características del paciente, para detectar aquellos con alto riesgo de muerte súbita cardíaca, así como evitar pruebas complementarias y derivaciones innecesarias.

### Bibliografía/Bibliografía

Brignole M, Moya Á, Lange FJ de, Deharo J-C, Elliott PM, Fanciulli A, et al. Guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y el tratamiento del síncope. *Rev Española Cardiol.* 2018;71(10):787-93.

Benditt D. Syncope in adults: Clinical manifestations and diagnostic evaluation [Internet]. Kowey P, Gockberger RS, Downey BC, eds. UpToDate; 2018 [citado 26 de abril de 2019]; p. 1-26. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

Benditt D. Syncope in adults: Epidemiology, pathogenesis, and etiologies [Internet]. Kowey P, Gockberger RS, Downey BC, eds. UpToDate; 2018 [citado 26 de abril de 2019]; p. 1-26. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

Benditt D. Syncope in adults: Management [Internet]. Kowey P, Gockberger RS, Downey BC, eds. UpToDate; 2018 [citado 26 de abril de 2019]; p. 1-26. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)