

347/764 - SÍNCOPE TUSÍGENO CON MAL PRONÓSTICO

M. Muriedas Fernández-Palacios^a, M. García Sendín^a, D. Toledo García^b y N. Pirla Santiburcio^a

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivar de Quinto. Sevilla. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años sin alergias conocidas, hipertenso, dislipémico, exfumador desde hace 8 meses (consumo acumulado 40 paq-año), intervenido de necrosis aséptica de cadera bilateral hace años. Consulta a Médico de Familia por dos episodios sincopales en los últimos 5 días en el contexto de accesos de tos y aumento progresivo de la disnea hasta hacerse mínimos esfuerzos desde hace dos semanas. Dolor pleurítico en hemitórax derecho, sin fiebre ni hemoptisis. En reposo los últimos dos meses sin profilaxis con HBPM. Es derivado a urgencias hospitalarias. Allí sospecha de TEP se realiza angioTAC de tórax.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a urgencias aceptable estado general, consciente y orientado. Afebril. Eupneico en reposo SatO₂ 92% aire ambiente, asciende a 95% con GGNN 2 L/min. Hemodinámicamente estable TA 140/100 mmHg, FC 91 lpm. Glucemia 138 mg/dL. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido en tercio inferior hemitórax derecho. Resto de la exploración sin hallazgos. Analítica glucemia 133 mg/dL, creatinina 1,47, urea 68, neutrofilia 70% sin leucocitosis, dímeros D 2.480. Radiografía de tórax: aumento de densidad en tercio inferior de hemitórax derecho compatible con derrame pleural, no condensación, no nódulos ni masas. ICT normal. AngioTAC de tórax: descarta TEP, pero muestra grandes conglomerados adenopáticos e infiltración mediastínica compatibles con carcinoma microcítico con derrame pleural asociado. Además la salida del bronquio intermedio y de la pirámide basal con datos de neumonitis postobstructiva. Fibrobroncoscopia: signos indirectos de neoplasia en árbol bronquial derecho.

Orientación diagnóstica: Adenocarcinoma de pulmón poco diferenciado infiltrante T4N3M1 (estadio IV por afectación pleural, y adenopatía infradiafragmática y retroperitoneal).

Diagnóstico diferencial: Síncope reflejo por tos, TEP, neoplasia de pulmón.

Comentario final: Una de las complicaciones de la tos es el síncope, disminuye el retorno venoso por la presión positiva en el tórax con la consiguiente disminución del gasto cardíaco. Es muy inusual encontrar como origen de tos crónica algún tipo de cáncer de pulmón. Una tos aguda con síntoma de alarma como hemoptisis, síncope o disnea requiere despistarse con prueba de imagen. Desde atención primaria debemos tener en cuenta estos síntomas de alarma.

Bibliografía

1. Ferreras-Ameza JM, Abadía-Gallego V, Serrat-Torres M. Tos crónica: a propósito de un caso. *Semergen*. 2010;36(3):163-7.

Palabras clave: Disnea. TEP. Neoplasia pulmón.