



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3467 - TOSIENDO CON SU ENEMIGO

M. Cano Ruiz<sup>a</sup>, C. Martín Paredes<sup>a</sup>, Á. Montes Gutiérrez<sup>b</sup> y B. Fernández Casero<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara Sur. Guadalajara. <sup>c</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 56 años fumadora (IPA 40) y con obesidad que consulta por tres episodios presenciados de síncope en el contexto de salvas de tos, la paciente lleva 6 meses con tos seca, disnea y autoescucha de sibilancias, empeorando recientemente. Niega ortopnea, DPN o dolor torácico. Comenta ser roncadora habitual con pausas de apnea. No otra sintomatología aparente. En uno de los episodios la paciente sufre traumatismo nasal, por lo que acude a urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 135/85 mmHg, FC: 80 lpm, SatO<sub>2</sub>: 98%, T<sup>a</sup>: 35,2 °C BEG, eupneico, BHNP. Estigmas de sangrado en fosa nasal. CyC: carótidas rítmicas sin soplos. No IY. No adenopatías. ACP: rítmica SS, MVC sin RSA. No focalidad neurológica. Glasgow 15/15. Resto de la exploración sin hallazgos. En la urgencia se realiza analítica sanguínea que no presenta leucocitosis ni aumento de RFA, electrolitos normales y buena función renal y una radiografía de tórax que no sorprende de patología aguda. Se monitoriza al paciente permaneciendo hemodinámicamente estable y se solicita electrocardiograma con RS a 70 lpm, HARI, eje izquierdo, sin alteraciones de la repolarización, no extrasístoles.

**Orientación diagnóstica:** Se decide derivar al servicio de Neumología para estudio, dónde se detecta posible síndrome de apnea-hipopnea del sueño. En gasometría arterial basal: pH 7,41, pCO<sub>2</sub> 38, pO<sub>2</sub> 79 y espirometría FVC (L) (57,1%) FEV1 (63,3%) FEV1%FVC 92,81. Se diagnostica a la paciente de síncope de origen tusígeno y se decide completar el estudio con poligrafía respiratoria domiciliaria, Holter y tratamiento BD y CI, así como abstinencia tabáquica.

**Diagnóstico diferencial:** Síncope situacional de origen tusígeno, arritmias cardíacas desencadenadas con la tos con reflejo cardioinhibitorio, síncope por reflejo laringo-vagal.

**Comentario final:** En un estudio reciente con mesa basculante se demuestra que la mayoría de los pacientes afectos de síncope tusígeno tienen una evidente caída de la TA, secundaria al aumento de la presión intratorácica con los ataques de tos, con disminución del retorno venoso y del gasto cardíaco, así como hipoperfusión cerebral secundaria. Por lo que en nuestra paciente descartaremos orígenes cardiogénicos y respiratorios y en caso de no tener resultados concluyentes atribuiremos los episodios sincopales a las salvas de tos.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Síncope. Tos.