



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1107 - DISNEA Y SÍSCOPE

B. Ortiz Oliva^a, F. Contreras Anguita^b, L. Escamilla Ramos^c y L. Contreras Briones^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caleta-Albayda. Granada. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada. ^cMédico Residente de 3ºr año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caleta-Albayda. Granada. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 81 años, sin alergias conocidas. Antecedentes personales: hipertensión en tratamiento con losartán 50 mg/24h. Consulta en servicio de Urgencias Hospitalarias tras un síntope acompañado de un cuadro pseudoconvulsivo que afectó a cabeza y miembros superiores, con recuperación espontánea y completa de la conciencia. Refería náuseas, opresión centrotorácica y disnea. El cuadro se inició tras comenzar la deambulación esa misma tarde. En los días anteriores se encontraba asintomática. Negaba clínica a otro nivel. En el último mes y medio refería que había limitado la movilidad severamente tras un traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia que fue valorado en urgencias y dada de alta tras la realización de TC craneal. Fue valorada posteriormente por cardiología, que no encontró patología.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 92/51 mmHg; Frecuencia cardíaca: 100 lpm; Temperatura: 35,7 °C. Saturación de O₂ 88%. Mal estado general. Tendencia al sueño. Glasgow 14/15. No rigidez de nuca. Pupilas isocóricas y reactivas. Movimientos oculares extrínsecos conservados. PC normales. Auscultación cardiorrespiratorio: taquicárdica, rítmica. Abdomen anodino. Miembros inferiores: pulsos simétricos, edema en MII, refieren que de un mes de evolución. Homans +. No eritema. Bioquímica: anodina. PCR normal. Troponina I 58,2. Gasometría arterial: insuficiencia respiratoria parcial. Hemograma: anodino. Dímero D 22,6. Electrocardiograma (ECG): taquicardia sinusal a 100 lpm. Onda T negativa V1-V4 y T aplanada V5-V6, ya presentes en ECG previos. Angio-TC de tórax para estudio de arterias pulmonares: Hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar masivo bilateral con signos de sobrecarga de cavidades derechas. Ecodoppler de MMII: Signos de trombosis venosa profunda izquierda en vena femoral próxima a desembocadura en vena femoral común y a vena femoral común con cabeza de trombo proximal a la altura de ligamento inguinal.

Orientación diagnóstica: Tromboembolismo pulmonar. Trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario sin elevación de ST, ictus, accidente isquémico transitorio, síntope vasovagal.

Comentario final: Es importante valorar la necesidad de medidas preventivas de trombosis venosa profunda en personas que realizan reposo, aunque no se trate de reposo absoluto, durante un tiempo prolongado.

Bibliografía

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

Palabras clave: Síncope. Tromboembolismo pulmonar. Disnea.