

424/3756 - PATOLOGÍA TRAUMÁTICA COMO ELEMENTO DISTRACTOR EN EL SÍNCOPE

D. Martín García¹, M. Sáenz Aldea² y B. Coll Bas³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.³Médico de Emergencias. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 81 años solicita visita en domicilio por dolor en pierna izquierda tras caída. A su hermano y cuidador habitual, que no ha sido testigo, le preocupa la pierna. El paciente refiere dolor e impotencia funcional. Interrogando más, describe como causante un síncope sin pródromos.

Exploración y pruebas complementarias: Discapacidad intelectual, DM tipo 2 en tratamiento con metformina. TA: 140/89, FC 60 lpm, Sat O2 82%, FR 30 rpm, T^o 36,5 °C. Consciente y orientado, hemodinámicamente estable, taquipneico sin tiraje, no ingurgitación yugular. AC rítmica sin soplos. AP murmullo vesicular conservado. Abdomen sin signos de patología aguda. MMII sin edemas ni signos de TVP. MII con presentación normal, dolor a la palpación inguinal y a la movilización pasiva, exploración vasculo-nerviosa distal sin alteraciones. No focalidad neurológica aguda, no signos de TCE. Analítica normal. ECG: ritmo sinusal a 60 lpm con extrasístoles ventriculares aisladas, sin alteraciones agudas de la repolarización. Rx tórax en decúbito: sin alteraciones. Rx cadera izquierda: fractura pertrocantérea no desplazada. Gammagrafía V/Q: signos de TEP bilateral.

Orientación diagnóstica: Dada la sospecha de fractura de cadera izquierda y necesidad de descartar etiología tromboembólica pulmonar (TEP), se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Diagnóstico diferencial: Caída accidental vs etiologías sincopales: reflejo o neuromediado; hipotensión ortostática (depleción de volumen, disfunción autónoma primaria o secundaria, fármacos); cardíaco (arritmias, estructural).

Comentario final: Ingresado en Geriatría, inicia anticoagulación con enoxaparina 60 mg/12h e intervenido por Traumatología (clavo gamma) con buena evolución hasta la fecha. Este caso ilustra la importancia de una visión global en el medio extrahospitalario y Atención Primaria en general. Nuestra atención no se debe limitar a la sintomatología motivante de consulta, a pesar de la "presión familiar", condicionantes del paciente, ideas preconcebidas... En ocasiones la patología más grave, incluso con riesgo vital, no es la más aparente. La incidencia anual del TEP ronda los 70-180 casos/100.000 habitantes, aumentando con la edad, con hasta 30% de mortalidad, cifra que puede ser reducida a 2-8% gracias al diagnóstico y tratamiento precoz.

Bibliografía

1. Martín Suárez S, González Vargas T, Pacini D, Di Bartolomeo R, Galiè N. Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica: caracterización, endarterectomía pulmonar y nuevas opciones terapéuticas. Cirugía Cardiovascular. 2018;25(2): 93-101.

Palabras clave: TEP. Síncope.