



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1156 - NO ES SOLO UN SÍNCOPE

A. Tentor Viñas¹, S. Martín García², L. Gainza García³, R. García-Gutiérrez Gómez⁴ y E. Casado Silvestre⁵

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Trijueque. Trijueque. Guadalajara. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Brihuega. Guadalajara. ⁴SUMMA 112. MADRID. ⁵Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara 4-Cervantes. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Acude a Atención Primaria paciente mujer, de 88 años, por síncope. Como antecedentes personales presenta: hipertensión arterial, intervención de prótesis aortoiliaca por aneurisma abdominal, osteoporosis y artrosis; en tratamiento con oxicodona/naloxona 20/10 mg, clopidogrel 75 mg, enalapril 20 mg, amlodipino 5 mg, prolia 60 mg semestral y demilos 600 mg/1.000 UI. Refiere mareo y sensación de debilidad con pérdida posterior de la consciencia, recuperación progresiva, y sin estupor poscrítico. Niega relajación de esfínteres ni movimientos tónico-clónicos. No dolor torácico. Destaca aparición de dolor lumbar tras el síncope.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza exploración en la que destaca tensión arterial (TA) 60/40 mmHg en miembro superior derecho, TA 75/39 mmHg en miembro inferior izquierdo. TA en miembro inferior izquierdo 82/42 mmHg y TA en miembro inferior derecho 87/48 mmHg. Saturación O₂: 89%. Signos de deshidratación mucosa. Palidez mucocutánea y mala perfusión periférica. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normal. Puñopercusión renal derecha positiva. No focalidad neurológica. Se realiza ECG sinusal a 100 lpm sin alteraciones de la repolarización; y tira de orina sin hallazgos.

Orientación diagnóstica: Sospecha de *shock* hemorrágico por rotura de prótesis aórtica.

Diagnóstico diferencial: *Shock* séptico por posible pielonefritis aguda. *Shock* cardiogénico.

Comentario final: Tras la exploración inicial y ante la sospecha diagnóstica se activa UVI móvil para traslado. A su llegada a Urgencias remonta cifras tensionales con sueroterapia y 2 concentrados de sangre universal, manteniendo cifras en torno a 90/60 mmHg. Se objetiva Hb 8,9 y se realiza tomografía computarizada de aorta que demuestra hematoma retroperitoneal derecho de unos 12 × 9,3 × 17 cm, que se distribuye alrededor de la aorta abdominal infrarrenal en cara lateral posterior, anterior al psoas ilíaco derecho, y cranealmente hacia el espacio pararrenal derecho, líquido en gotiera derecha secundario a sangrado activo por fuga tipo III de la prótesis aortoiliaca. Se avisa a Cirugía Vasculosa y se realiza intervención quirúrgica urgente para reparación de la prótesis. La rotura de aneurisma es una emergencia vital tiempo-dependiente, por lo que es imprescindible la sospecha diagnóstica desde el inicio y el manejo rápido.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 6ª ed. Barcelona. Elsevier, 2018.

Palabras clave: Aneurisma aórtica abdominal. Shock. Síncope hemorrágico.