



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

## 482/1156 - NO ES SOLO UN SÍNCOPE

A. Tentor Viñas<sup>1</sup>, S. Martín García<sup>2</sup>, L. Gainza García<sup>3</sup>, R. García-Gutiérrez Gómez<sup>4</sup> y E. Casado Silvestre<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Trijueque. Trijueque. Guadalajara. <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Brihuega. Guadalajara. <sup>4</sup>SUMMA 112. MADRID. <sup>5</sup>Residente 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 síntope. 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 conciencia, recuperación progresiva, y sin estupor poscrtico. Niega relajación de esfínteres ni movimientos tonicococlínicos. No dolor torácico. Destaca aparición de dolor lumbar tras el síntope.

**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 gotera derecha secundario a sangrado activo por fuga tipo III de la prótesis aortoilíaca. Se avisa a Cirugía Vascular 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, 6<sup>a</sup> ed. Barcelona. Elsevier, 2018.

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