



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/108 - EL SÍNCOPE EN ATENCIÓN PRIMARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Álvarez Herraiz<sup>1</sup>, H. Osaba Esteban<sup>2</sup>, H. Angulo Ugarte<sup>3</sup> y M. Calvo Aedo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Galdakao. Galdakao. Vizcaya. <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Larrabetzu. Larrabetzu. Vizcaya. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Arrigorriaga. Arrigorriaga. Vizcaya. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Galdakao. Galdakao. Vizcaya.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 67 años, hipertensa y dislipémica en tratamiento, obesa, asmática y con antecedentes de linfoma B difuso de células grandes en remisión completa desde 2014. Niega hábitos tóxicos. Refería episodio compatible con síncope vasovagal con tensión arterial (TA) de 80/40 mmHg, que recuperó al cabo de unos minutos. Consultó con su médico y se suspende el tratamiento antihipertensivo. Dos días más tarde tuvo un nuevo episodio de síncope, esta vez estando en decúbito supino, por lo que es derivada al Servicio de Urgencias. No presentaba otra clínica asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada, TA 110/87 mmHg, y saturación de oxígeno por pulsioximetría 93% con aire ambiente. En el electrocardiograma: Taquicardia sinusal a 100 lpm con hemibloqueo anterior izquierdo. En la gasometría arterial: hipoxemia con pO<sub>2</sub> de 68 mmHg y en la analítica: LDH 636 U/L, NTproBNP 11.717 pg/mL, troponina T 45 ng/mL y dímero D 11,500 ng/mL, sin otras alteraciones. Se solicitó angio-TAC que se informa como tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo bilateral central y periférico con signos de sobrecarga cardiaca derecha.

**Orientación diagnóstica:** La paciente se encontraba hemodinámicamente estable, por lo que se decidió ingreso y se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Durante el ingreso se realizó ecocardiograma con disfunción sistólica global de ventrículo derecho (que mejoró en controles posteriores), y ecografía doppler de extremidades inferiores que descartó trombosis venosa profunda. Fue dada de alta tras inicio de anticoagulación con acenocumarol.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardiaca, TEP, síncope vasovagal.

**Comentario final:** El TEP se caracteriza por una presentación clínica inespecífica. La disnea y el dolor torácico pleurítico son las formas de presentación más frecuentes. Sin embargo, el síncope, es otra forma de presentación a tener en cuenta en Atención Primaria. Esta paciente presentaba algunos datos de alarma que sugerían la posibilidad de un TEP. El síncope había sido en decúbito, presentaba una taquicardia sinusal y disminución de la saturación de O<sub>2</sub>. Una buena anamnesis y exploración física, junto con algunas pruebas complementarias sencillas (como el ECG), pueden ayudarnos en Atención Primaria a diferenciar síncope benignos de aquellos que puedan requerir más estudios.

### Bibliografía

1. Oliveras Puig A, Manich Moya A. Tromboembolismo pulmonar en Atención Primaria. AMF. 2016;12(11):654-61.

**Palabras clave:** Embolia pulmonar. Síncope.