



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/65 - SÍNCOPE EN PACIENTE ONCOLÓGICA

S. Moreno Carrasco, E. Barbero Rodríguez y M. Sierras Jiménez

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años. Presenta actualmente síndrome mielodisplásico en tratamiento con azacitidina. Sin otro antecedente personal de interés. La paciente vive sola en medio rural, independiente para ABVD con buena calidad de vida. Realiza deporte a diario. Interacción social. Estando en consulta de atención primaria, tenemos un aviso domiciliario por pérdida de conciencia. La paciente misma da el aviso. A nuestra llegada, nos cuenta que mientras hacía actividades domésticas, ha sufrido una pérdida de conciencia, de forma brusca, sin prodromos, con recuperación espontánea.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración regular estado general. Palidez cutánea. Sudorosa. Orientada en las tres esferas. Taquicardia sinusal a 110 lpm. Taquipnea a 22 rpm. Saturación O₂ 90%. No apraxias ni agnosias. Lenguaje espontáneo. No disartria. PINLA. MOEC. Resto de pares craneales normales. Sistema motor: fuerza 5/5 y sensibilidad normal. No disimetría dedo-nariz. ROT simétricos y conservados. RCP flexor bilateral. Resto de exploración por aparatos normal. Se deriva a las urgencias hospitalarias para estudio. En la analítica destaca un dímero D de 7,48, troponinas ultrasensibles 195 y BNP 1406. En el electrocardiograma se aprecia un ritmo sinusal a 106 lpm, sin alteración de la repolarización. Score Ginebra modificado: 8 (probabilidad de TEP intermedia). Por lo que se solicita un angio-TC de Tórax en el que se ve múltiples defectos de repleción en arterias lobares y segmentarias superiores, del lóbulo medio, llingula y segmentarias de ambos lóbulos inferiores. Dilatación de cavidades derechas cardíacas y signos de compresión del ventrículo izquierdo. Hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar severo, con signos de repercusión hemodinámica. Tras esto realizan Ecocardiograma donde aparece un ventrículo izquierdo no dilatado con fracción de eyección conservada. Ecodoppler de miembros inferiores: Trombosis venosa profunda parcial de vena superficial izquierda. Tras la inestabilidad hemodinámica, se traslada a la UCI. La paciente evoluciona favorablemente, pasando a planta de Neumología en unos días. Se trata con bemiparina 10.000 UI subcutánea cada 24 horas. A los 10 días del ingreso es dada de alta, quedando con una disnea de medianos esfuerzos y cansancio generalizado. Se cita en Consultas Externas de Cardiología para completar estudio. Test breve de la marcha a 200 m: Saturación O₂ 95-94% y FC 92-106 lpm. Ecocardiograma: cavidades normales, con FE normal. Va recuperando su estado basal de forma progresiva, volviendo a la normalidad de su vida diaria.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar agudo bilateral con repercusión hemodinámica. Insuficiencia respiratoria hipoxémica. Trombosis venosa profunda parcial de vena superficial

izquierda.

Diagnóstico diferencial: Síncope cardiogénico vs síncope TEP vs AIT.

Comentario final: Recordar la prevalencia de TEP en pacientes oncológicos. Puntuación elevada de cáncer activo en Score Ginebra modificado (5).

Bibliografía

1. Cinza Sanjurjo S, Rey Aldana, D. Manual de manejo y tratamiento de pacientes con patologías médicas agudas y urgentes. ResiUrgencias. Madrid: Ediciones Semergen; 2016.