



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2025 - ¿DESPEDIDA DE SOLTERO?

A. Ramírez Soriano^a, E. Herranz Roig^b y F. di Bernardo Delgado^c

^aMédico de Familia. 061. Ibiza. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Can Misses. Ibiza. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vila. Ibiza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 31 años inglés de viaje en España para contraer matrimonio con su pareja. Como antecedentes personales, sufrió una trombosis del seno venoso cerebral hace 9 años aplicándosele drenaje de derivación ventrículo-peritoneal y anticoagulación crónica con warfarina; sin alergias medicamentosas ni otros antecedentes de interés. El paciente presentó epigastralgia con pirosis discontinua durante una semana atribuible a estrés, tratada con antiácidos. La noche antes de su boda, tomando champán en el hotel con su pareja, sufrió un síncope con detección precozmente de parada cardiorrespiratoria e iniciándose a los 5 minutos RCP básica 10 minutos, seguido de RCP básica con DESA durante 15 minutos con 4 desfibrilaciones y finalmente SVA con 4 desfibrilaciones ante ritmo de fibrilación ventricular, restableciéndose ritmo sinusal tras 100 minutos. En traslado a centro hospitalario se detecta mediante electrocardiograma un SCACEST. Se pospuso la fibrinólisis hasta el intervencionismo coronario hospitalario dado que se contraindicaba previamente por posibilidad de sangrado al estar anticoagulado.

Exploración y pruebas complementarias: Inconsciente, ausencia de pulso (situación de parada cardiorrespiratoria), hipotermia de 33 °C, Sat O2 inicial de 65%, CO2 25%, primera TA en sinusal 72/41, FC inicial 50 lpm y posterior 120 lpm, palidez mucocutánea inicial. Auscultación cardiopulmonar ausente. Pupilas midriáticas simétricas arreactivas. GCS 3/15. Electrocardiograma: taquicardia a 120 spm, ascenso de ST marcado en V2-V5. Ecoscopia portátil de urgencias: paro cardíaco inicial y actividad mecánica recuperada con el ritmo sinusal restablecido. TAC de cráneo: Derivación ventrículo peritoneal conocida, sin otros hallazgos. Angiografía: trombosis grande a nivel proximal de arteria coronaria descendente anterior.

Orientación diagnóstica: Parada cardiorrespiratoria secundaria a SCACEST por Trombosis grande en coronaria DA proximal.

Diagnóstico diferencial: PCR secundaria a tromboembolismo pulmonar masivo. PCR secundaria a sobredosis por consumo de tóxicos. PCR secundaria a taponamiento cardíaco. Hemorragia subaracnoidea.

Comentario final: Ante pacientes anticoagulados en una situación crítica como una parada cardiorrespiratoria, es necesario sopesar ante la alta sospecha clínica el aplicar una fibrinólisis precozmente o demorable según la evolución con las medidas de resucitación inicial.

Bibliografía

1. Ruiz Bailén M, Rucabado Aguilar L, et al. Trombolisis en la parada cardíaca. Med. Intensiva. 2006;30(2).

Palabras clave: PCR. Trombosis arterial. SCACEST.