



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/1107 - DISNEA Y SÍNCOPE

B. Ortiz Oliva<sup>a</sup>, F. Contreras Anguita<sup>b</sup>, L. Escamilla Ramos<sup>c</sup> y L. Contreras Briones<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caleta-Albayda. Granada.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caleta-Albayda. Granada. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 81 años, sin alergias conocidas. Antecedentes personales: hipertensión en tratamiento con losartán 50 mg/24h. Consulta en servicio de Urgencias Hospitalarias tras un síncope acompañado de un cuadro pseudoconvulsivo que afectó a cabeza y miembros superiores, con recuperación espontánea y completa de la consciencia. Refería náuseas, opresión centrotorácica y disnea. El cuadro se inició tras comenzar la deambulación esa misma tarde. En los días anteriores se encontraba asintomática. Negaba clínica a otro nivel. En el último mes y medio refería que había limitado la movilidad severamente tras un traumatismo craneoencefálico con pérdida de consciencia que fue valorado en urgencias y dada de alta tras la realización de TC craneal. Fue valorada posteriormente por cardiología, que no encontró patología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial: 92/51 mmHg; Frecuencia cardiaca: 100 lpm; Temperatura: 35,7 °C. Saturación de O<sub>2</sub> 88%. Mal estado general. Tendencia al sueño. Glasgow 14/15. No rigidez de nuca. Pupilas isocóricas y reactivas. Movimientos oculares extrínsecos conservados. PC normales. Auscultación cardiorrespiratorio: taquicárdica, rítmica. Abdomen anodino. Miembros inferiores: pulsos simétricos, edema en MII, refieren que de un mes de evolución. Homans +. No eritema. Bioquímica: anodina. PCR normal. Troponina I 58,2. Gasometría arterial: insuficiencia respiratoria parcial. Hemograma: anodino. Dímero D 22,6. Electrocardiograma (ECG): taquicardia sinusal a 100 lpm. Onda T negativa V1-V4 y T aplanada V5-V6, ya presentes en ECG previos. Angio-TC de tórax para estudio de arterias pulmonares: Hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar masivo bilateral con signos de sobrecarga de cavidades derechas. Ecodoppler de MMII: Signos de trombosis venosa profunda izquierda en vena femoral próxima a desembocadura en vena femoral común y a vena femoral común con cabeza de trombo proximal a la altura de ligamento inguinal.

**Orientación diagnóstica:** Tromboembolismo pulmonar. Trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome coronario sin elevación de ST, ictus, accidente isquémico transitorio, síncope vasovagal.

**Comentario final:** Es importante valorar la necesidad de medidas preventivas de trombosis venosa

profunda en personas que realizan reposo, aunque no se trate de reposo absoluto, durante un tiempo prolongado.

### **Bibliografía**

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

**Palabras clave:** Síncope. Tromboembolismo pulmonar. Disnea.