



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/393 - CUANDO LA EPISTAXIS SE COMPLICA

M. García Estrada^a, G. García Estrada^b, M. Cordero Cervantes^c, E. Berdún González^d, L. López Liébana^e y H. Mendes Moreira^f

^aCentro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. ^bMédico de Familia. Hospital Central de Asturias. Oviedo. Asturias. ^cMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo. Asturias. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Cristo. Oviedo. Asturias. ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo. Asturias. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Motivo de consulta: síncope y epistaxis. Antecedentes personales: NAMC. HTA. ACxFA. No DM. No dislipemia. Tratamiento: acenocumarol y candesartan. Historia actual: Paciente de 62 años que acude a consulta tras sufrir episodio sincopal unas horas antes con caída accidental en su domicilio y posterior recuperación completa. Astenia marcada y epistaxis. Debido a un proceso de ITU intercurrente con dolor hipogástrico ocasional la paciente recibió tratamiento antibiótico. Durante la entrevista clínica presenta nuevo episodio sincopal con taquicardia y sudoración profusa asociada. No refiere otra sintomatología acompañante. T^a 37 °C . FC 78 lpm. TA 110/80 mmHg. A las 2 horas: TA 90/60 mmHg, FC 110 lpm. BEG. Palidez de mucosas. ORL: restos de sangrado en fosas nasales ni orofaringe. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: normal. EEII: sin alteraciones. NRL: normal.

Exploración y pruebas complementarias: Hemograma: Hb 9,2 mg/dl; hematíes 3,4 mg/dl. Leucocitos 13,69 mg/dl. Neutrófilos 88,8%. Plaquetas 143.000 mg/dl. PCR 16,5. Bioquímica: glucosa 126 mg/dl. Urea 10 mg/dl. Creatinina 1,97 mg/dl. Sodio 138 mmol/l. Potasio 4 mmol/l. Creatina cinasa 237. Troponina T 27. Coagulación: TP 4%, INR 16,09. Rx tórax: normal. Rx abdomen: dilatación de colon derecho con niveles hidroaéreos y aire distal. TAC abdomen-pelvis: liquido intraperitoneal periesplénico, pelvis, flancos y perihepático compatible con hemoperitoneo. Se observa un área de sangrado activo en el epiplón menor dependiendo de rama de la arteria gástrica izquierda. Arteriografía: arteriografía del tronco celíaco y embolización supra selectiva de arteria gástrica izquierda.

Juicio clínico: Hemorragia intrabdominal en paciente sobredosificado de anticoagulación.

Diagnóstico diferencial: Síncope por epistaxis masiva. Síncope cardiogénico. Síncope vasovagal.

Comentario final: Ante un paciente con sospecha de shock hay que descartar hipovolemia, fallo cardiaco, iatrogenia, aneurisma abdominal o torácico. Lo más importante será el diagnóstico precoz y su tratamiento. Debemos recordar la estratificación del riesgo de mortalidad, donde la presencia de cardiopatía previa juega un papel decisivo. Riesgo alto: hay datos de cardiopatía significativa.

Riesgo intermedio: síncope ortostático, vasovagal, o indeterminado en pacientes mayores de 70 años. Riesgo bajo: no se han encontrado signos de cardiopatía. Relación con síncope ortostático, vasovagal o indeterminado en menores de 70 años.

Bibliografía

1. Maier RV. Aproximación al paciente con shock. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015.