



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1866 - SÍNCOPE DEBIDO A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO

B. Pérez Ubago<sup>a</sup>, F. Martín González<sup>b</sup>, M. Ezquerro García<sup>b</sup> y J. Bea Martínez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ventas Blancas. La Rioja. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Murillo de Río Leza. La Rioja. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Médico Alcanadre. La Rioja.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 83 años, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, antecedentes personales: trastorno paranoide de personalidad de curso intermitente (estable actualmente), trastorno de la marcha de origen multifactorial (parkinsonismo, dilatación ventricular, estenosis canal lumbar L3-L4), hidrocefalia normotensiva, hiperplasia benigna próstata. Tratamiento: clomipramina 75 mg (0-0-1/2), gabapentina 400 mg (1-1-0), quetiapina 100 mg (0-0-1/2), levodopa 250 mg (1/2-1/2-1), leuprorelina semestral. Intervenido de apendicitis. Dependiente grado III ABVD, usa silla de ruedas fuera de casa. Deterioro cognitivo leve. Presenta síncope súbito de 2 minutos de duración, presenciado por familiar, recuperación progresiva. No asocia disnea ni dolor torácico. Sin pérdida de control esfínteres. No mayor inmovilización en días previos ni molestias en miembros inferiores. Refiere cuadros sincopales de corta duración (segundos) en últimos meses por los que no ha consultado. Presenta buena evolución, iniciándose anticoagulación con HBPM.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientado, sin alteración pares craneales, bien perfundido, eupneico, sin ingurgitación yugular, auscultación cardiorrespiratoria: rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado sin presencia de ruidos patológicos, abdomen anodino, miembros inferiores sin edemas ni signos de patología aguda arterial ni venosa. Constantes: PA 104/65 mmHg, Fc 94 lpm, FR 16 rpm, T<sup>a</sup> 35,3 °C, Sat O<sub>2</sub> 88% basal. Analítica sangre: hemograma y bioquímica sin alteraciones significativas, proBNP 1.793 pg/mL (0-300), dímero D 4.853 ug/L. Gasometría arterial: pH 7,44, pCO<sub>2</sub> 39 mmHg, pO<sub>2</sub> 56 mmHg, SatO<sub>2</sub> 90%. Radiografía tórax: cardiomegalia con leve redistribución vascular. ECG: ritmo sinusal con bloqueo rama izquierda ya conocido. TAC cerebral: sin signos patología aguda. AngioTAC: tromboembolismo pulmonar (TEP) masivo. Signos de hipertensión pulmonar. Eco-Doppler miembros inferiores: trombosis endoluminal de troncos tibio-peroneos derechos.

**Orientación diagnóstica:** Síncope. Tromboembolismo pulmonar masivo.

**Diagnóstico diferencial:** Síncopes de naturaleza: vasovagal, situacional (tos, micción, ejercicio, etc.), síndrome seno carotídeo, cardiogénico (bloqueo AV, taquicardia supraventricular o ventricular, etc.), hipotensión ortostática, IAM, disección aórtica, alteraciones metabólicas, epilepsia, intoxicaciones, AIT vertebrobasilar.

**Comentario final:** La incidencia de síncope en el TEP varía entre 10-30% según estudios siendo un

factor de mal pronóstico. La dificultad de diagnóstico diferencial al incluir el síncope, como es nuestro caso, estriba cuando no existen factores de riesgo ni la clínica es sugestiva.

### **Bibliografía**

1. Jiménez D, Díaz G, Valle M, et al. El síncope como forma de presentación de la embolia de pulmón: valor pronóstico. Arch Bronconeumol. 2005;41:385-8.

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