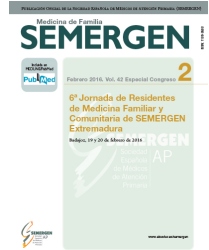




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



15 - A LA TERCERA VA LA VENCIDA!

J.C. Batalla Garlito, L. Araujo Márquez, M.B. Esteban Rojas, F. Cabezudo Moreno, M. González Manso y N.E. Quevedo Saldaña

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 81 años (FR: HTA, DM, DLP; AP: FA en tratamiento con Aldocumar, gastritis crónica antral (2012), síndrome Mallory Weis (2012); IQ: apendicectomía, fauquetomía (OI)). Tratamiento habitual: Eucreas, Aldocumar, omeprazol, Condrosulf, digoxina, Livazo, mirtazapina, daparox, orfidal, acovil, bisoprolol, dilutol) por haber presentado episodio de síncope. La paciente en seguimiento por presentar cuadro constitucional acompañado de anorexia, astenia, pérdida de peso y malestar general. La señora comenta que después de comer sufre vómitos en escopetazo de tipo alimenticio, más tarde mientras se encontraba sentada en su casa se disponía a levantarse del sillón e ir al baño cuando sufre un desvanecimiento con pérdida de la consciencia. La mujer cuando recupera el conocimiento al día siguiente con sensación nauseosa, restos de vómitos de aspecto bilioso y estar siendo levantada por dos bomberos en el salón de su casa. Con incapacidad de mover la pierna izquierda sobre la que había estado apoyada durante el tiempo que permaneció en el suelo. La pierna fue movilizándola conforme pasaba las horas una vez recuperada la conciencia.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Vigil, orientada y consciente. Normoperfundida, normohidratada, piel y mucosas pálidas. Expl. cabeza y cuello: se aprecia restos hemáticos en cavidad bucal (labios, dientes y encimas) y aspecto séptico. Ausencia de piezas dentales. Faringe de aspecto normal con restos de moco de aspecto blanquecino. No se aprecian adenopatías ni bocio. Leve IY. Pulsos carotídeos presentes y simétricos. Expl. pulmonar: auscultación MVC, con crepitantes leves en base izquierda. No se aprecian asimetrías. Expl. cardiaca: arrítmica, soplos sistólico. Expl. abdominal: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Murphy, Blumber, Rovsing negativo. No signos de irritación peritoneal. Palpación de masa a nivel del hipogastrio y fosa iliaca izquierda no doloroso a la palpación.

Juicio clínico: Síncope. Anemia megaloblástica. Anemia perniciosa. Insuficiencia renal crónica grado IV.

Diagnóstico diferencial: Síncope (causas vasomotoras, cardiogénicas, vasculocerebral, epilépticas y psicógenas). Masas abdominales (múltiples) y anemia.

Evolución: La paciente durante el ingreso hospitalario se realizaron las siguientes pruebas complementarias: TAC (Urgencias): imágenes compatibles con la edad de la paciente sin imágenes de patología aguda. Rx. tórax (Urgencias): cardiomegalia, no pinzamientos de senos costofrénicos, no se apreciaban imágenes de condensación pulmonar. 1ª eco-abdominal: gran lesión quística de 12

× 116 mm (eje AP y T) difícil de filiar su procedencia, siendo posible de origen ovárico. Ambos riñones de situación morfológica y ecogenicidad normales, con signos de uropatía obstructiva bilateral, sobre todo en el lado derecho donde se observa un uretrohidronefrosis de grado I-II/III. Resto normal. 2ª eco-ginecológicamente: Gran masas quística de 15 × 12, contenido líquido poco denso. No líquido libre intrabdominal. TAC-ABD: imagen sugestiva de globo vesical. Resto normal. 3ª eco abdominal: la imagen que se veía correspondía al globo vesical. Endoscopia alta: incompetencia cardial, gastritis atrófica antral, Pseudopólipo prepilórico, Reflujo biliar duodeno gástrico. Bioquímica: Ca 125 Ag: 23,5, CA19-9: 15,2, Carcinoembrionario Ag (CEA): 2,6. Autoinmunidad: células parietales ACs: positivo > 1/80, factor intrínseco tisular IgA Acs 0,4. HLA-DQ2: no procede. Reticulocitos: 0,2761.

Comentario final: Dada la clínica de la paciente y los antecedentes descritos la primera impresión que daba era un síncope secundario a un AIT dado que la paciente tiene factores de riesgo, o ACV secundario a una descompensación de causa cardiológica. Una vez explorada la paciente al palpar la masa abdominal en hipogastrio y sabiendo los antecedentes ginecológicos y personales de la paciente hacía pensar en una masa abdominal de origen tumoral ginecológico. Otra de las causas por la que podía ser el síncope era secundario a bajo gasto cardiaco por un sangrado intestinal como ya había sucedido en otra ocasión. Por eso se realizaron las pruebas complementarias en las tres líneas según el diagnóstico diferencial inicial. Dando lugar a un diagnóstico definitivo por descarte. Dado que el diagnóstico final podía estar acompañado de las causa que se iban buscando como diagnóstico de presunción.

Palabras clave: Síncope. Fibrilación auricular. Anemia.