



Síncope como forma de presentación de tromboembolismo pulmonar

Syncope as a form of presentation of Pulmonary Thromboembolism

Keilan Martínez Pérez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9662-8307>

Alberto García Gómez¹ <https://orcid.org/0000-0001-7232-343X>

Yamilé Ruiz de León² <https://orcid.org/0009-0009-5932-2585>

¹Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”. La Habana, Cuba.

²Hospital “Hermanos Ameijeiras”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: keilanmartinezperez@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El tromboembolismo pulmonar es una urgencia cardiovascular común en las salas de terapia intensiva y el síncope como forma de presentación, es poco frecuente.

Objetivo: Presentar un paciente con tromboembolismo pulmonar de alto riesgo de mortalidad, con síncope como forma de presentación y evolución clínica favorable.

Caso clínico: Paciente masculino de 50 años de edad, con antecedentes de haber sido operado de una hernia epigástrica atascada, 15 días antes, con evolución favorable. Refirió fatiga, movimientos involuntarios del cuerpo y pérdida de conciencia en 2 ocasiones. En los exámenes complementarios se constató hipoxemia, alcalosis respiratoria y en el electrocardiograma, onda S en DI, onda Q y T negativa en DIII. El ultrasonido Doppler de miembros inferiores evidenció trombosis venosa profunda poplítea izquierda. Se inició tratamiento con heparina y Warfarina; evolucionó favorablemente. Posteriormente comenzó con disnea súbita, hipotensión y dolor precordial; se interpretó como tromboembolismo pulmonar de alto riesgo de mortalidad y se realizó trombólisis. Mejoró los parámetros clínicos.



Conclusiones: El síncope es una presentación poco frecuente del tromboembolismo pulmonar y la búsqueda de elementos que hagan sospechar esta entidad, es elemental en su diagnóstico y tiene un impacto en la evolución del paciente.

Palabras clave: síncope; tromboembolismo pulmonar; trombólisis.

ABSTRACT

Introduction: Pulmonary thromboembolism is a common cardiovascular emergency in intensive care units and syncope as a form of presentation is rare.

Objective: To present a patient with pulmonary thromboembolism with a high risk of mortality, with syncope as a form of presentation and favorable clinical evolution.

Clinical Case: A 50-year-old male patient with a history of having undergone surgery for a stuck epigastric hernia 15 days earlier, with favorable evolution. He reported fatigue, involuntary body movements and loss of consciousness on 2 occasions. In the complementary tests, hypoxemia, respiratory alkalosis and an S wave in DI, a negative Q and T wave in DIII were confirmed. The Doppler ultrasound of the lower limbs showed left popliteal deep vein thrombosis. Treatment with heparin and warfarin was started; the patient evolved favorably. Later, he began with sudden dyspnea, hypotension and precordial pain; It was interpreted as a pulmonary thromboembolism with a high risk of mortality and thrombolysis was performed. The clinical parameters improved.

Conclusions: Syncope is a rare presentation of pulmonary thromboembolism and the search for elements that suggest this entity is essential in its diagnosis and has an impact on the patient's evolution.

Keywords: syncope; pulmonary thromboembolism; thrombolysis.

Recibido: 22/08/2024

Aprobado: 15/11/2024



INTRODUCCIÓN

La prevalencia de tromboembolismo pulmonar (TEP) en pacientes que ingresan por síncope no está bien determinada y en muchas ocasiones se subvalora el diagnóstico.⁽¹⁾ Se define como la oclusión de la arteria pulmonar, o una de sus ramas, ocasionado por la migración de un trombo, que generalmente procede de una trombosis venosa profunda (TVP), originada en miembros inferiores.⁽²⁾ Constituye el tercer síndrome cardiovascular agudo en frecuencia en el mundo, después del infarto agudo del miocardio y el ictus.⁽³⁾

El TEP tiene una incidencia de 1,5 por cada 1000 personas y aumenta con más años de vida.⁽²⁾ Por la variedad de signos y síntomas, el diagnóstico supone un reto para el médico de asistencia. Ningún síntoma es específico, al contrario, son comunes en otras enfermedades y pueden confundir el diagnóstico.

El síncope se presenta entre un 10 % y un 20 % de los casos.⁽⁴⁾ Su aparición, como forma de presentación en el TEP, es rara y se asocia con mayor mortalidad a los 30 días.⁽⁴⁾ La búsqueda de factores de riesgo y otros elementos clínicos que apoyen el diagnóstico, así como exámenes complementarios que sugieran la causa del TEP, son elementos que inciden de forma directa en el tratamiento y la evolución.

El objetivo de este trabajo es presentar un paciente con TEP de alto riesgo de mortalidad, con síncope como forma de presentación, y evolución clínica favorable.

CASO CLÍNICO

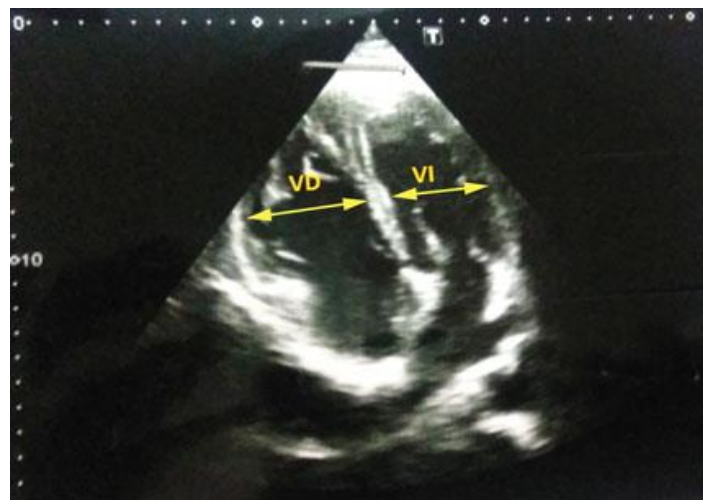
Paciente masculino, de 50 años de edad, con antecedentes de haber sido operado de hernia epigástrica atascada hacía 15 días. Refirió sensación de fatiga, movimientos involuntarios de miembros inferiores, superiores y pérdida de la conciencia, con recuperación espontánea; el episodio se repitió en 2 ocasiones. Se interpretó como síncope y se decidió hospitalizar.

Al ingreso se realizó ecocardiograma (normal); leucograma (normal); coagulograma (normal); electrocardiograma (con taquicardia sinusal y S1Q3T3: onda S en DI, onda Q y T negativa en DIII); ionograma (normal) y gasometría (alcalosis respiratoria e hipoxemia ligera).



Al examen físico no se constataron signos ni síntomas de TVP. Se calculó la probabilidad de TEP mediante la escala de Wells con una probabilidad de riesgo moderado. En el ultrasonido Doppler de miembros inferiores se constató TVP parcial poplítea izquierda. Se indicó tratamiento con warfarina y heparina no fraccionada.

El paciente se mantuvo con evolución favorable; a los 10 días comenzó con disnea súbita, dolor precordial y sudoración, asociado a hipotensión arterial, desaturación y electrocardiograma con S1Q3T3. Se indicó ecocardiograma que evidenció: cavidades derechas remodeladas, tabique interventricular aplanado en diástole, hacia ventrículo izquierdo; función sistólica del ventrículo derecho ligeramente deprimida; como conclusión: *cor pulmonale* agudo con hipertensión pulmonar ligera y disfunción sistólica del ventrículo derecho ligera (Fig. 1).



VD: ventrículo derecho VI: ventrículo izquierdo.

Fig. 1 - Se muestra ecocardiograma en vista apical 4 cámaras. Se observa dilatación del ventrículo derecho.

Se interpretó como TEP de alto riesgo de mortalidad y se decidió realizar trombólisis con estreptoquinasa (1 500 000 unidades en 2 horas), lo cual transcurrió sin complicaciones. Después de la administración hubo mejoría del estado clínico, se normalizó la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno.

A los 10 días fue dado de alta médica, con evolución favorable.



COMENTARIOS

El síncope se define como la pérdida transitoria de la conciencia, secundaria a una breve hipoperfusión cerebral global.^(1,5) Tiene una etiología diversa, que va desde enfermedades comunes, hasta otras con alto riesgo de muerte súbita. En el servicio de urgencias es de vital importancia determinar aquellas causas, que por su gravedad, exponen al enfermo a mayores complicaciones, incluyendo la muerte. Cuando un paciente ingresa con síncope, rara vez se considera el TEP como causa probable.⁽¹⁾ En este caso se sospechó desde su ingreso, teniendo en cuenta los factores de riesgo presentes, aunque no existieran otros elementos al examen físico que apoyaran el diagnóstico.

El pronóstico del síncope depende de la causa; por lo que su identificación es muy importante.⁽⁶⁾ En el TEP se asocia con un mayor riesgo de muerte debido a disfunción del ventrículo derecho.^(5,7) En el paciente no se encontró disfunción ventricular derecha ni inestabilidad hemodinámica, al momento del ingreso.

Para la estratificación del paciente con sospecha de TEP se han validado escalas que evalúan la presencia de factores de riesgo, síntomas y hallazgos clínicos predisponentes. De ellas, una de las más usadas por su fácil aplicación en la práctica médica, es la Escala de Wells y según el resultado, se dirige el seguimiento y posterior tratamiento; se evita así exámenes costosos y en ocasiones innecesarios. En el paciente que se presentó, según la probabilidad de TEP calculada, era necesario realizar AngioTAC, considerada como el *gold standar* para la imagen de la vasculatura pulmonar en pacientes con TEP.^(3,7)

La alta sospecha clínica, junto a los otros exámenes realizados, permitió llegar al diagnóstico, ya que no se dispone de esta técnica en el centro. Se evitó así descartar una enfermedad potencialmente mortal.

En los hallazgos electrocardiográficos es común la aparición de taquicardia, alteraciones en el segmento ST y la onda T; mientras que el patrón S1Q3T3 es poco frecuente.^(7,8) En este paciente se evidenció este patrón, además de taquicardia sinusal. La presencia de choque, disfunción ventricular derecha y TVP confieren mal pronóstico y mayor riesgo de mortalidad.⁽⁸⁾ Durante la hospitalización se constató TVP y en su evolución presentó un cuadro de choque con disfunción ventricular derecha.



Dentro de las terapéuticas descritas, la trombólisis, guiada por catéter constituye una opción para aquellos pacientes con contraindicación para la trombólisis sistémica y ofrece una alternativa con menor riesgo de sangrado.⁽³⁾ El paciente tenía condiciones que contraindicaban la trombólisis sistémica, como una intervención quirúrgica de menos de 4 semanas de evolución y el uso de anticoagulantes orales desde su ingreso. Por tal motivo se valoró la relación riesgo-beneficio, teniendo en cuenta que no se contaba con otra opción terapéutica y que podía fallecer si no se actuaba de inmediato. Tras la administración de estreptoquinasa en régimen acelerado, hubo mejoría evidente y no se describió ninguna complicación. El síncope es una presentación poco frecuente del tromboembolismo pulmonar y la búsqueda de elementos que hagan sospechar esta entidad, es elemental en su diagnóstico y tiene un impacto en la evolución del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prandoni P, Lensing AWA, Prins MH, Ciammaichella M, Perlati M, Mumoli N, et al. Prevalencia de embolia pulmonar entre pacientes hospitalizados por síncope [Internet]. N Engl J Med. 2016; 375(16): 1524-31. DOI: 10.1056/NEJMoa1602172
2. Alonso Herrera A, Nápoles Lizano ME, Ibáñez Azán RA, Rodríguez León A. Tromboembolismo pulmonar que simula síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST [Internet]. Cor Salud. 2021 [acceso: 27/07/2024]; 13(3): 381-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702021000300381&lng=es
3. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, Bueno H, Geersing GJ, Harjola VP, et al. Guía ESC 2019 para el diagnóstico y tratamiento de la embolia pulmonar aguda [Internet]. Rev Esp Cardiol. 2020;73(6): 497. DOI: 10.1016/j.recesp.2019.12.011
4. de Winter MA, van Bergen EDP, Welsing PMJ, Kraaijeveld AO, Kaasjager KHAH, Nijkeuter M. The Prognostic Value of Syncope on Mortality in Patients With Pulmonary Embolism: A Systematic Review and Meta-analysis [Internet]. Ann Emerg Med. 2020;76(4):527-41. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2020.03.026



5. Keskin B, Tokgöz HC, Akbal ÖY, Hakkör A, Karagöz A, Kültürsay B, et al. Clinical, imaging and hemodynamic correlates and prognostic impact of syncope in acute pulmonary embolism: A single-center study. Turk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Derg [Internet]. 2022; 29;30(3):317-26. DOI: 10.5606/tgkdc.dergisi.2022.22798
6. Grossman SA, Badireddy M. Syncope. 2023 Jun 12. In: Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2024. [acceso: 27/07/2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28723035/>
7. Arias Rodríguez FD, Armijos Quintero DA, Beltrán Vinueza PA, Córdova Macías DV, Guadamud Loo JX, Osejos Moreira WD, et al. Diagnóstico y tratamiento de tromboembolia pulmonar. Revisión bibliográfica. Rev mex angiología [Internet]. 2022 [acceso: 28/06/2024]; 50(3):96-109. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-130X2022000300096&lng=es
8. Freund Y, Cohen Aubart F, Bloom B. Acute Pulmonary Embolism: A Review. JAMA [Internet]. 2022;328(13):1336-45. DOI: 10.1001/jama.2022.16815

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Información financiera

No se recibió financiamiento.

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados para la presentación del caso, corresponden al Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”, de La Habana, Cuba.