

CASO CLÍNICO

8 de Junio de 2022

Ángela Crespo Rubio (Residente MI)

Sara Raposo García (Adjunta MI)

Mujer 74 años,

Remitida a CCEE de Medicina Interna por síndrome general

ANTECEDENTES PERSONALES

- No AMC.
- FRCV: HTA. DM tipo 2. Hipercolesterolemia.
- Fibrilación Auricular paroxística anticoagulada.
- Osteoporosis.
- Déficit de Vitamina D.
- Síndrome depresivo.
- Dispepsia.
- Colelitiasis
- Ferropenia.
- Sin antecedentes quirúrgicos.

TRATAMIENTO HABITUAL:

- Sintrom 4 mg (sp)
- Furosemida 40 (1-0-0)
- Digoxina 0,25 (1/24 h)
- Losartan 50 (1-0-0)
- Atorvastatina 20 (0-0-1)
- Lantus (30-0-0)
- Empagliflozina 10 (1-0-0)
- Alogliptina/Pioglitazona 12,5/30 (1-0-0)
- Omeprazol 20 (1-0-0)
- Hierro (1 amp/24 h)
- Alprazolam 0,25 (sp)
- Colecalciferol 25.000 UI (1/mes)
- Cleboprida/Simeticona (1-1-1)

ENFERMEDAD ACTUAL

Remitida a consulta de Medicina Interna por cuadro de unos **4 meses** de evolución de **astenia, hiporexia y pérdida de unos 4 kilos** de peso. **Disnea** progresiva en los últimos 2 meses hasta hacerse de mínimos esfuerzos y **2 episodios sincopales** en el último mes (**sin pródromos** y con recuperación completa posterior), coincidiendo con cambios posturales (**al agacharse**).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Sistólica: 154 mm(Hg), Diastólica: 68 mm(Hg), FC: 55 /min, SpO2 (basal): 95 %, Ta: 35,9. COC. BEG. Normocoloreada. Bien perfundida e hidratada. **PVY aumentada con IY 2/3**. AC: RsCsRs con **Soplo Sistólico III/VI en Foco Tricuspídeo**. AP: MVC **sin** ruidos patológicos añadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni visceromegalias. Peristaltismo de características normales. MMII **sin edemas**.

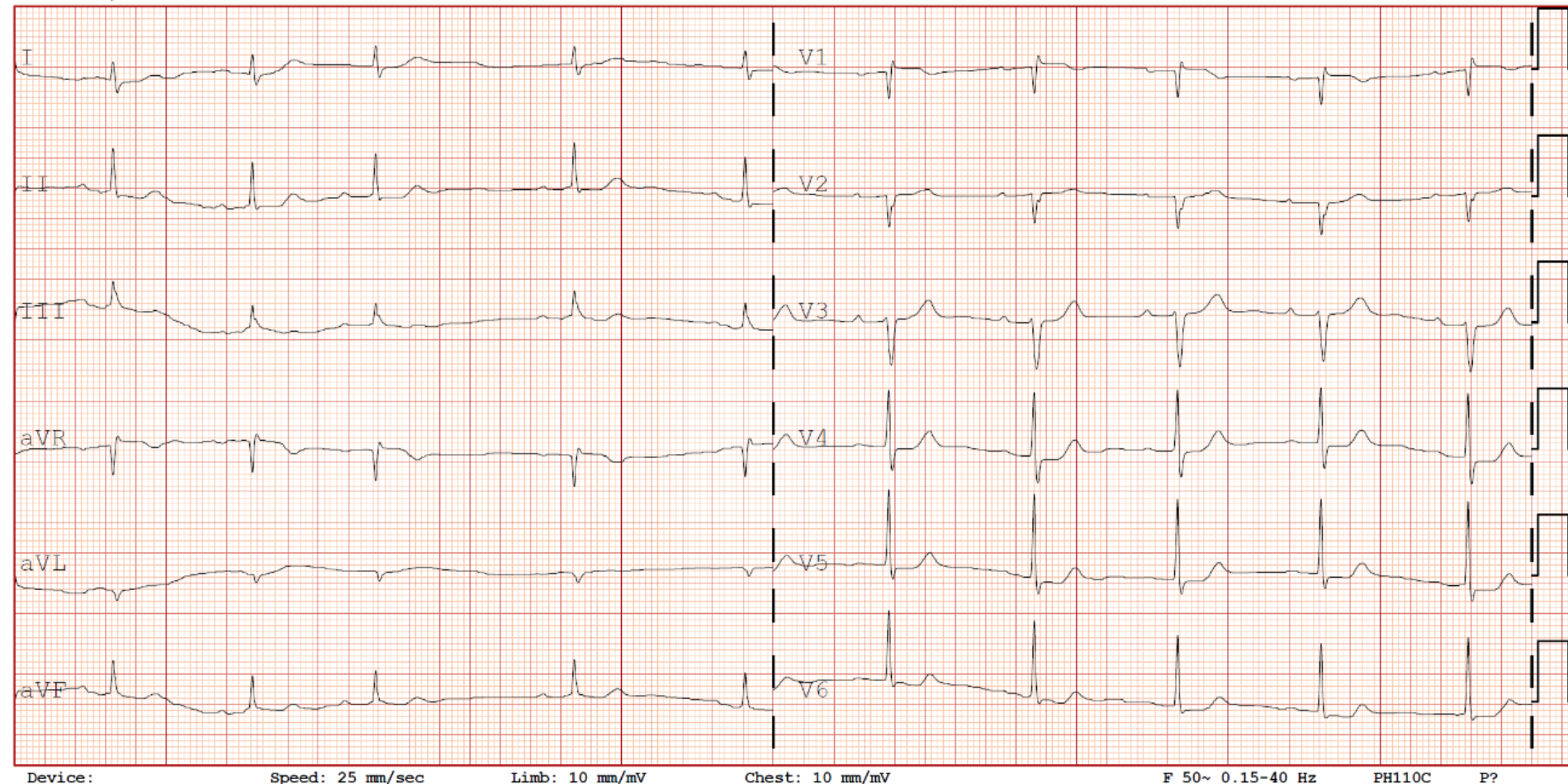
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Bioquímica: Glucosa 55, urea 37, ácido úrico 5.8, creatinina 1.07, FG 51, AST 12, ALT 10, ALP 98, GGT 16, proteínas 6.3, colesterol 144, TG 100, HDL 44, LDL 80, LDH 155, bilirrubina 0.42, **hierro 34**, transferrina 272, **Ferritina 58**, **IST 13%**, CI 102, Na 141, K 4.9, ácido fólico 6.01, Vitamina B₁₂ 670, TSH 1.98, HbA1c 7.4%, **PCR 7**, **ProBNP 549**. Proteinograma: proteínas 6.3, albúmina 2.91, Alfa 1 0.3, Alfa 2 0.81, Beta 0.88, Gamma 1.4, Cociente A/G 0.8584. **Perfil beta-gamma alterado.**
- Hemograma: **Hb 11.8**, **VCM 76** [80-100], **HCM 25.5** [26-33.4], plaquetas 253.000, leucocitos 8.300 (FN), **VSG 91** [0-15].
- Coagulación: TTPa 39.5, TP 22%, INR 3.18, **Anticoagulante Lúpico positivo débil.**
- Marcadores tumorales: CEA 0.945 [0-5], Beta-2 microglobulina 3.93 [0.8-3.0], Ca 19,9 3.8 [0-37], CA 72.4 0.8 [0-6].
- Sangre oculta en heces **395** [0-50].



12 Lead; Standard Placement

Not confirmed



RESUMIENDO . . .

SÍNDROME GENERAL

- Anemia ferropénica
- SOH (+)
- VSG elevada

DISNEA

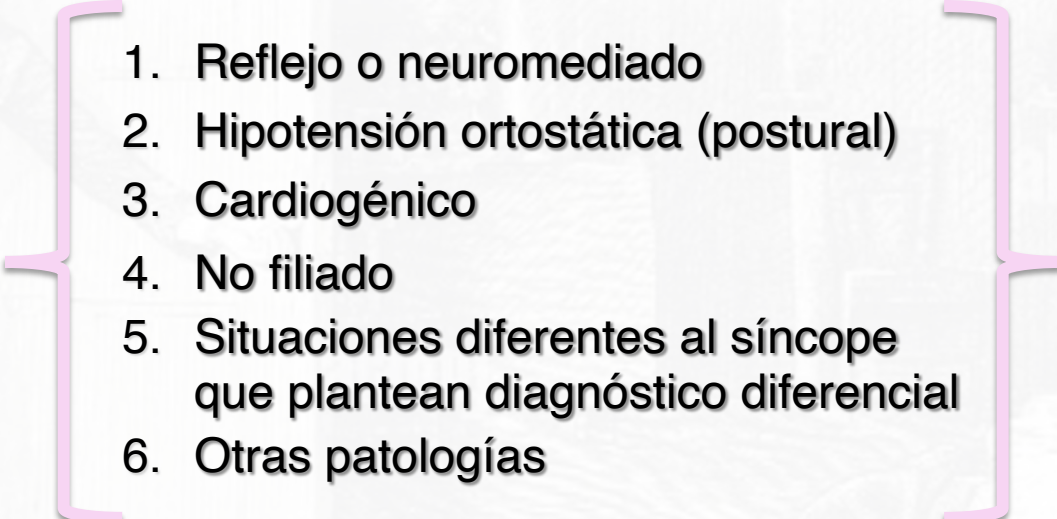
- Progresiva
- Mínimos esfuerzos

SÍNCOPE

- Sin pródromos
- Al agacharse



SÍNCOPE

- 
1. Reflejo o neuromediado
 2. Hipotensión ortostática (postural)
 3. Cardiogénico
 4. No filiado
 5. Situaciones diferentes al síncope que plantean diagnóstico diferencial
 6. Otras patologías

1. Síncope reflejo o neuromediado (60%)

Los mecanismos implicados engloban los barorreceptores arteriales y cardíacos (respuesta cardioinhibitoria y vasodepresora).

- **Vasovagal** (más frecuente)
- **Situacional** (micción, defecación, posttutivo, ...)
- **Síncope del seno carotídeo** (movimientos de la cabeza, más frecuente en ancianos)

- **Causa desencadenante** (mujer presentación típica, estrés, dolor, calor..., sin embargo, en ancianos es atípica, sin causa desencadenante)
- **Pródromos** (mareo, sensación distérmica, náuseas, acúfenos, palidez, ...)
- Suele ocurrir sentado o de pie
- Recurrente



- No hay causa desencadenante ni prodromos
- No disnea acompañante
- No síndrome general

2. Síncope ortostático (5%)

Caída brusca de la PA (PAS > 20 mmHg o PAD > 10 mmHg) en relación a cambio postural, desde el decúbito o sedestación a la bipedestación, pueden existir prodromos.

Puede ser inmediato o retardado

- Disminución del volumen intravascular
- Fármacos (tricíclicos, fenotiazina, antihipertensivos, vasodilatadores, nitratos, opiáceos, bromocriptina)
- Disfunción autonómica primaria (E.Parkinson)
- Disfunción autonómica secundaria (DM, amiloidosis)
- Consumo de alcohol
- Envejecimiento (disminuye estímulo vestíbulo-simpático)



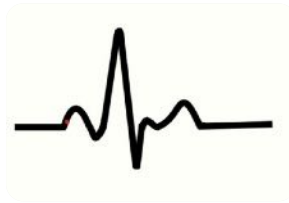
- No ocurre del decúbito a la bipedestación
- No prodromos
- No disnea acompañante
- No síndrome general

3. Síncope cardiogénico (20%)

- **Arritmia**
- **Cardiopatía estructural**
- **Cardiovascular**

- Más frecuente en hombres
- *Causa de muerte cardíaca súbita*
- Brusco, sin prodromos (+/- dolor torácico/palpitaciones)
- Puede ocurrir en el decúbito o en el ejercicio

- Síncope sin prodromos



3. 1. Síncope cardiogénico secundario a **arritmia**

▪ **Bradiarritmias**

- > Enfermedad del nodo sinusal
- > Sme bradi-taquicardia
- > BAV de alto grado
(BAV 2º grado tipo II, BAV 3º grado, BAV 2:1 o bloqueo de rama alternante)
- > Disfunción del marcapasos (pérdidas de capturas, estimul...)

▪ **Taquiarritmias**

- > Taquicardia supraventricular (muy poco frecuente)
- > TV (Mono/Polimorfa)
- > Secundaria a enf. cardíaca subyacente o canalopatías
(síndrome de Brugada o síndrome del QT largo o corto)

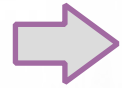
• **Inducido por fármacos**



No síndrome general

- ¿FA paroxística?
- ¿Sensación disneizante?

3. 2. Síncope cardiogénico secundario a **cardiopatía estructural**



Estenosis Aórtica

Al hacer **ejercicio** aumenta el GC y si existen una **estenosis aórtica severa** causa síncope secundario a un mecanismo obstructivo.

Triada clásica:

Disnea + Síncope (de esfuerzo) + Angina

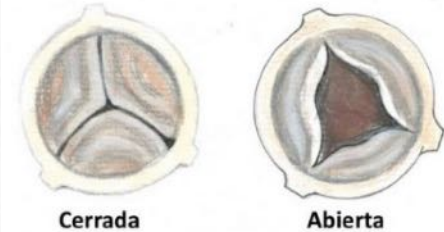
*** Sme Heyde: Angiodisplasias + EAo*

Marcador de mal pronóstico

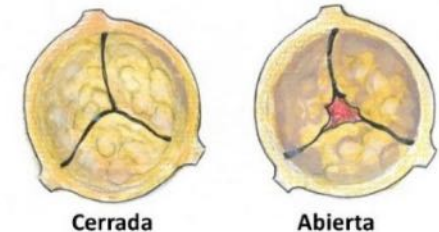


- No hay SSFAo
- Síncope no “de esfuerzo”
- No refiere síntomas anginosos
- No síndrome general
- Disnea

Válvula aórtica normal



Estenosis de la válvula aórtica



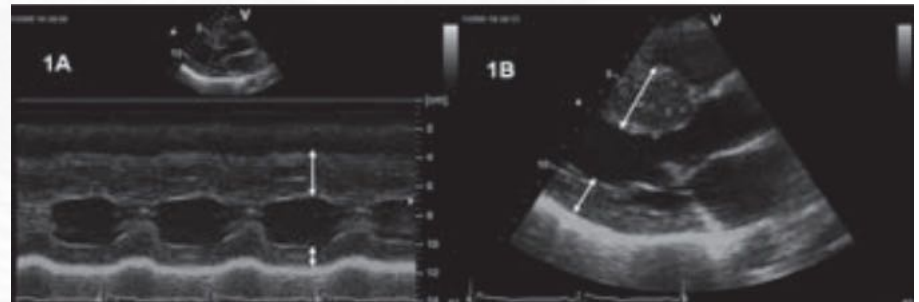
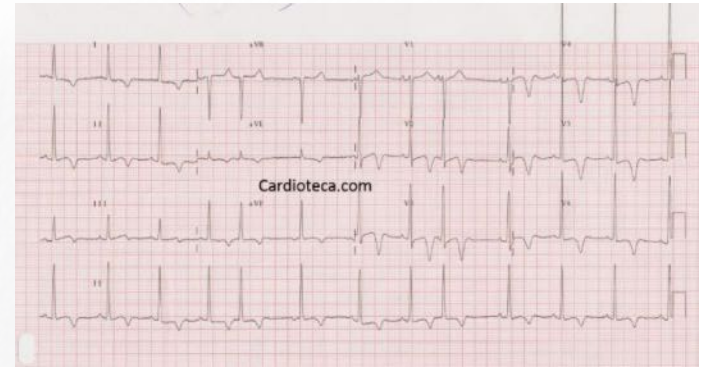
3. 2. Síncope cardiogénico secundario a **cardiopatía estructural**

➡ **Miocardiopatía hipertrófica**

Enfermedad genética (AD, alto grado de penetrancia)

VI hipertrófico, no dilatado, en ausencia de otra enfermedad cardíaca que pueda originar alt. miocárdica similar (HTA o estenosis aórtica). La OTSVI en el 25%.
MCS en adultos jóvenes

Clínica: Hipertrofia ventricular con IC con disfunción diastólica, angor por isquemia miocárdica o arritmias (mareo, síncope o MCS)



Edad de debut

- No dolor torácico
- No alt. ECG sugestivas
- No síndrome general

3. 2. Síncope cardiogénico secundario a **cardiopatía estructural**



Isquemia miocárdica

IAM

Arritmia ventricular
Reflejo de Bezolth-Jarish

Isquemia crónica

Más frecuente
Arritmias ventricular
Disfunción ventricular severa < 35%



- No AP de IAM
- No dolor torácico
- No alt. ECG
- No síndrome general



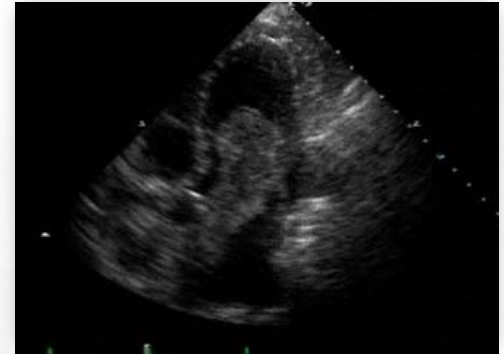
3. 2. Síncope cardiogénico secundario a **cardiopatía estructural**

Tumor intracardiaco

Tumor benigno > maligno

50% de los tumores → mixoma auricular (75% AI)

** Complejo de Carney (AD)



Clínica:

- Embolización (+ tumores VAo o AI): clínica neurológica
- Si crecen hacia la luz → obstrucción del flujo (síncope) y regurgitación (clínica de IC y/o HTP)
- Invasión de miocardio: deterioro FEVI, arritmias, derrame...
- Invasión pulmonar: carcinoma broncogénico
- Síntomas constitucionales o sistémicos → anemia, aumento VSG y PCR

Síntomatología empeora con el movimiento → movimiento tumoral dentro de la luz

AC: “Plop tumoral” y soplo diastólico que cambia con la posición del paciente.

- Al inclinarse, ¿obstruye la luz y produce síncope*?
- Disnea
- Síndrome general. Aumento VSG.



- No auscultación plop tumoral

3. 2. Síncope cardiogénico secundario a **cardiopatía estructural**

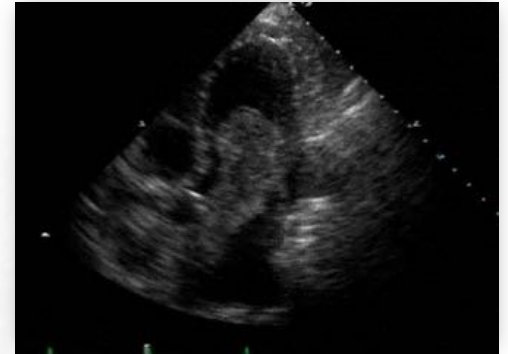
➡ **Trombo intracavitario gigante**

CAVIDADES IZDA:

- Masa adherida en zona acinética o hipocinética secundaria a región infartada
- Dilatación severa ventricular

CAVIDADES DERECHA

- Mismos FR que la ETEV
- ¿Foramen ovale permeable → pasa a AI?



- Si fuera un trombo, ¿neoplásico?
¿procedencia del tubo digestivo?
A. ferropénica en mujer de > 75 años.

3. 2. Síncope cardiogénico secundario a **cardiopatía estructural**

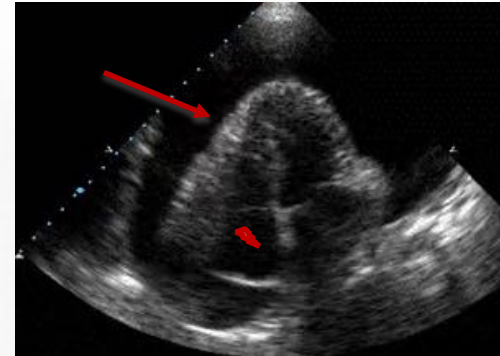
➡ **Taponamiento cardíaco**

Compresión de cámaras (de baja presión a alta) debido al aumento de la presión pericárdica dando lugar a disminución del RV, GC y PA.

Etiología: Infeccioso (viral o bacteriano), autoinmuno, neoplasia, cardíaca (síndrome de Dressler, miocarditis), trauma, metabólico...

Clínica: Taquicardia, hipotensión, aumento PVY, pulso paradójico, roce pericárdico.

Si se produce de forma aguda puede generar dolor torácico, disnea, taquicardia, hipotensión y síncope.



- PA y FC OK.
- No auscultan roce pericárdico
- Voltajes normales. No alternancia eléctrica del QRS
- Rx tórax, silueta cardíaca no excesivamente grande

- Síncope sin pródromos
- Síndrome general - ¿tumoral?

3. 3. Síncope cardiogénico secundario a **enfermedad cardiovascular**



TEP

Disnea brusca + Síncope +/- Disfunción VD

AP: Inmovilización, ingreso previo, factores protrombóticos....0



- No disnea brusca
- No alt. ECG de sobrecarga derecha

- Síncope sin pródromos
- No síndrome general



Hipertensión Pulmonar

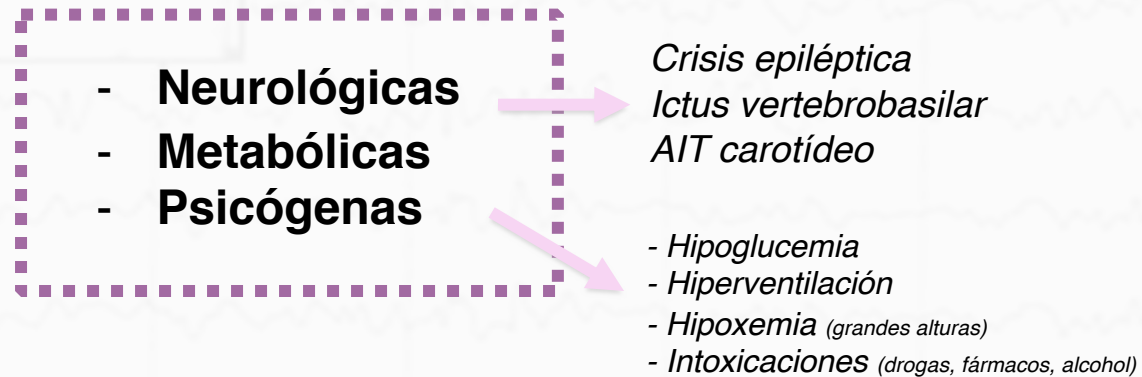
Distintas causas de HTP, a destacar:

Secundaria a enf. Pulmonares: Habitualmente, síncope de esfuerzo

Secundaria a enfermedad CV: VAO o VM.

- ¿Secundario a enfermedad cardíaca?

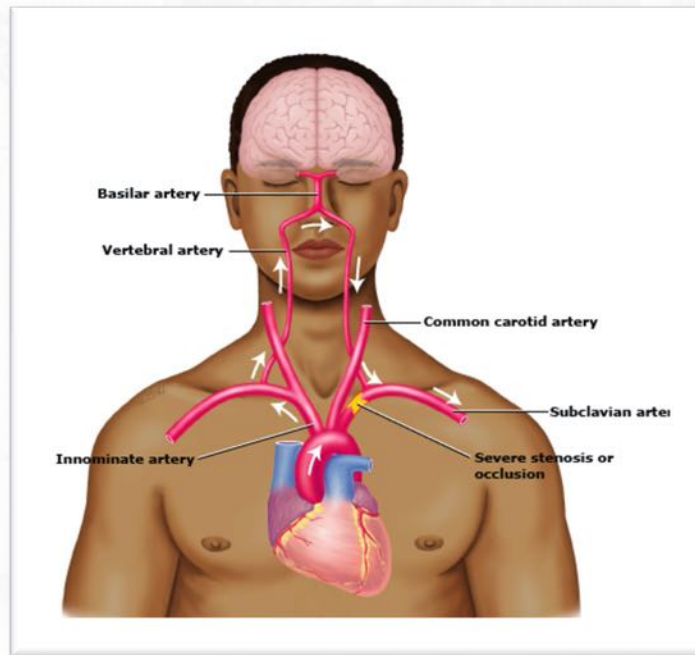
5. Situaciones especiales a tener en cuenta – diagnóstico diferencial (5%)



**** Síndrome del robo de la subclavia**

Estenosis de la arteria subclavia, daría lugar a hipoperfusión de MSD, por lo que la sangre fluye de la arteria vertebral contralateral hasta la basilar y luego retrógradamente a la arteria vertebral ipsilateral dando lugar a hipoperfusión cerebral.

Clínicamente, generalmente es asintomático pero, otras veces, puede dar clínica de isquemia en miembro, mareo, alt. visión, acúfenos o síncope.



**** Enfermedad de Takayasu**

Mujeres < 40 a

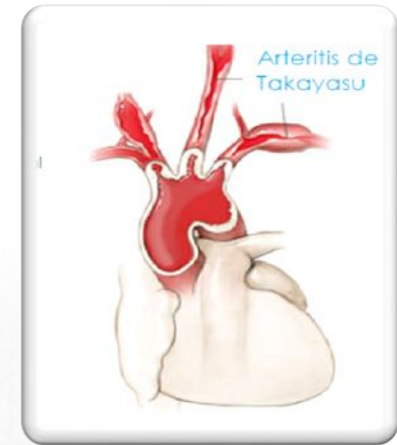
Enfermedad inflamatoria crónica que afecta a la aorta y sus ramas principales

Subclavia > *Carótida común* > Ao abdominal > A. renales > Cayado y raíz aorta > Vertebrales

Clínica depende de rama afectada

>> Carótida común:

Trastornos visuales
Síncope
AIT/Ictus



SOSPECHA DIAGNÓSTICA . . .



¿Clínicamente puede ser compatible con **ocupación intracardíaca auricular izquierda?**

>> ¿Mixoma auricular?

>> Menos probable ¿Trombo intracavitario gigante secundario a neoplasia del tubo digestivo?

¿Alteraciones del ritmo cardíaco – FAp – y neoplasia?

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS A SOLICITAR . . .

- ETT
- Holter de ECG
- Estudios endoscópicos
- Valoraría solicitar TC-TAP, en función de hallazgos



A stethoscope is positioned diagonally across a background of ECG (heart rate) paper. The paper has a light pink grid and a black line representing a heart rate trace. The stethoscope is silver and black.

CASO CLÍNICO

8 de Junio de 2022

Angela Crespo Rubio
Sara Raposo García

EN RESUMEN...

- Mujer 74 años.
- HTA, DM tipo 2, Hipercolesterolemia, FA paroxística anticoagulada.
- Sd general de meses + Disnea progresiva (2 meses) + Síncopes.
- Aumento de PVY y SS en FT (III/VI)
- Ferropenia y SOH +.

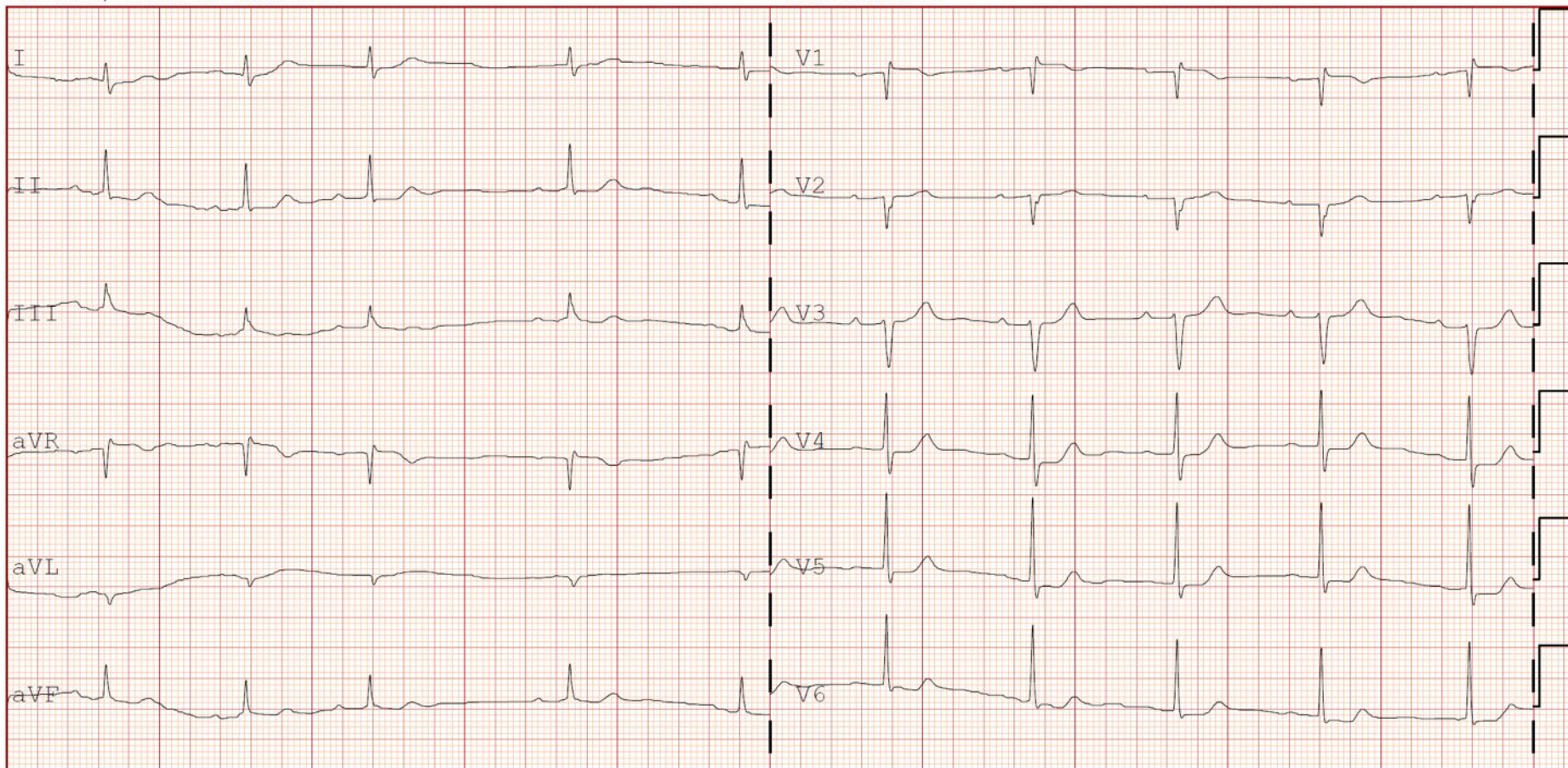
RX TÓRAX



ECG

12 Lead; Standard Placement

Not confirmed



Device:

Speed: 25 mm/sec

Limb: 10 mm/mV

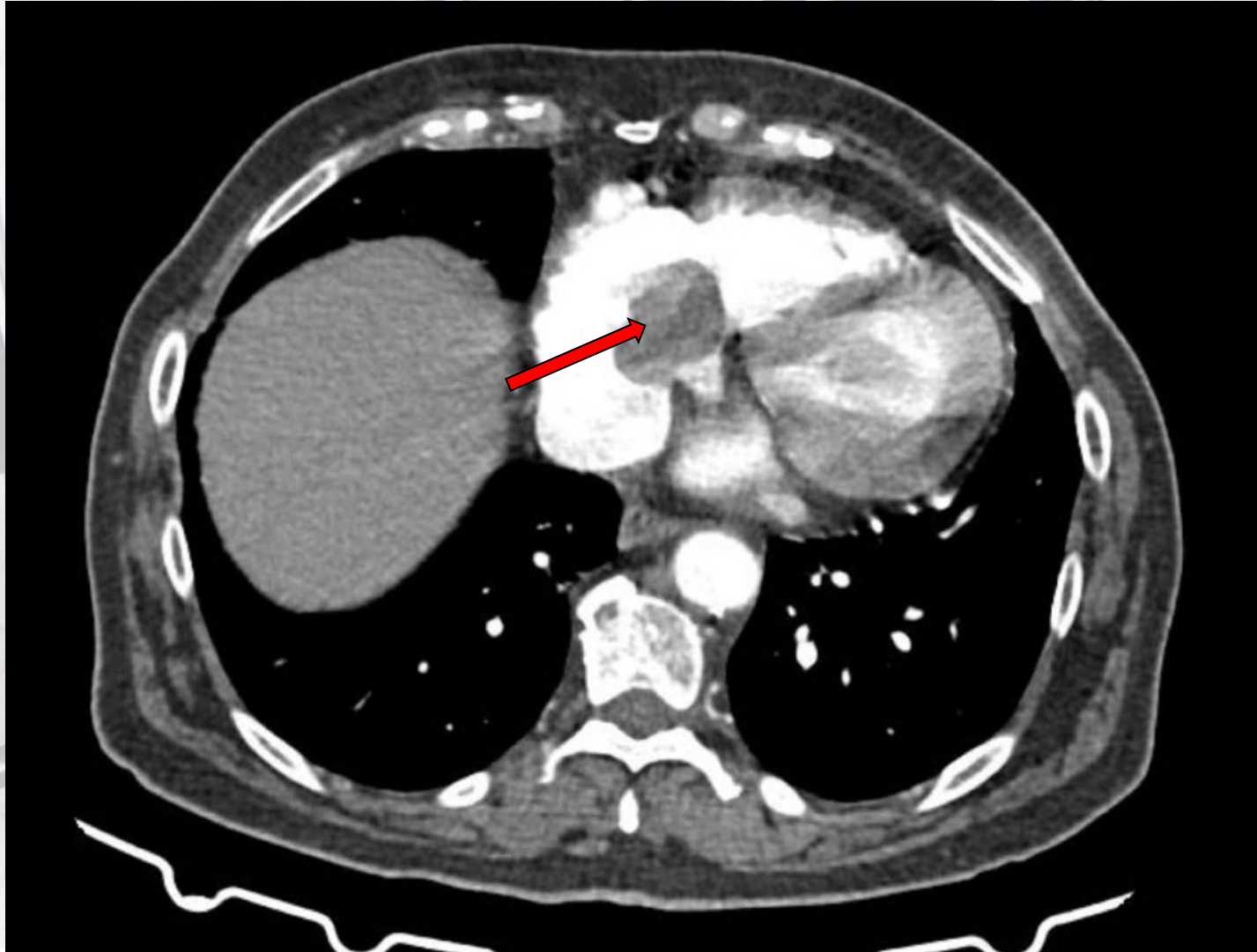
Chest: 10 mm/mV

F 50~ 0.15-40 Hz

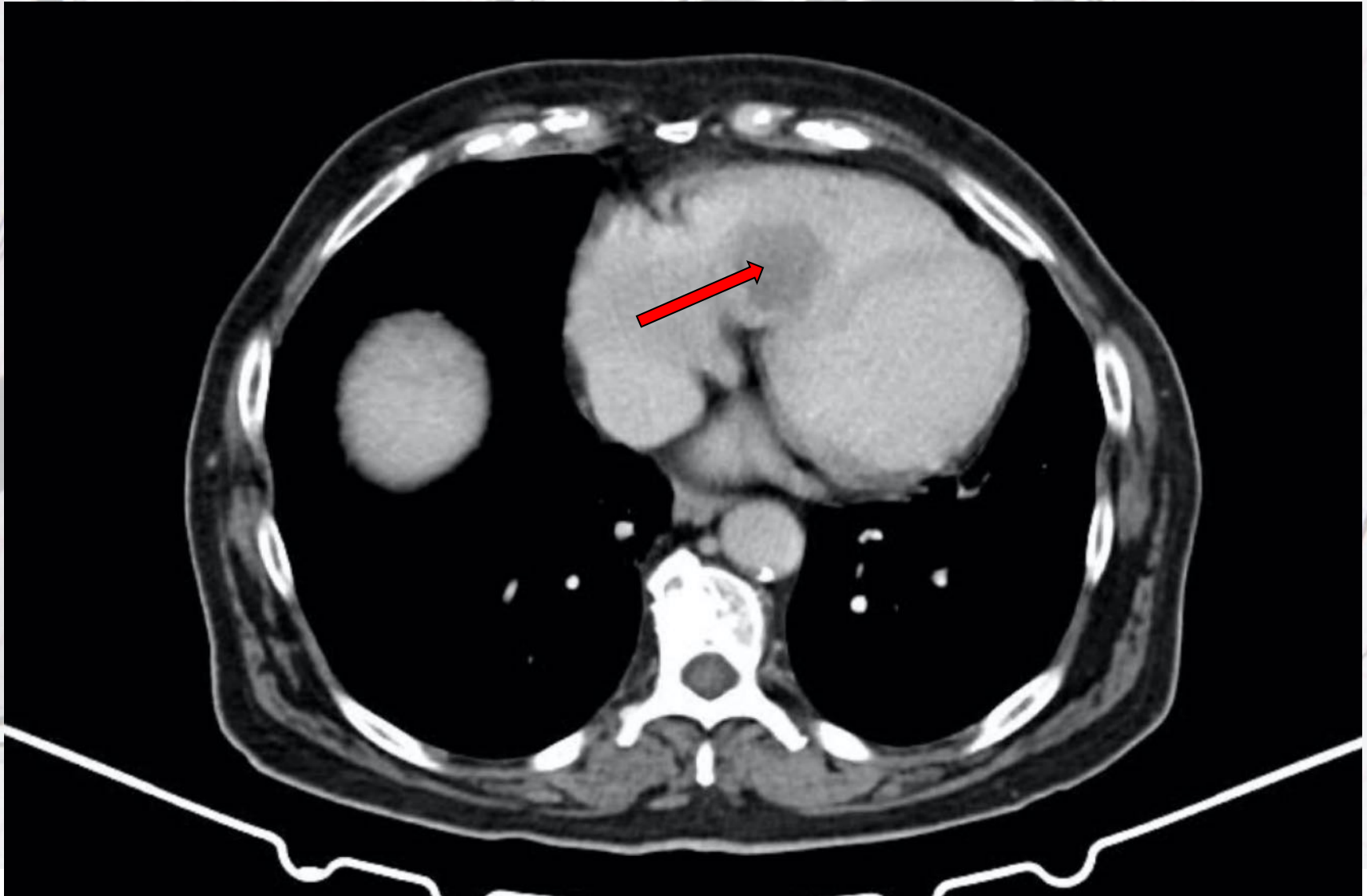
PH110C

P?

TAC TORACO-ABDOMINAL



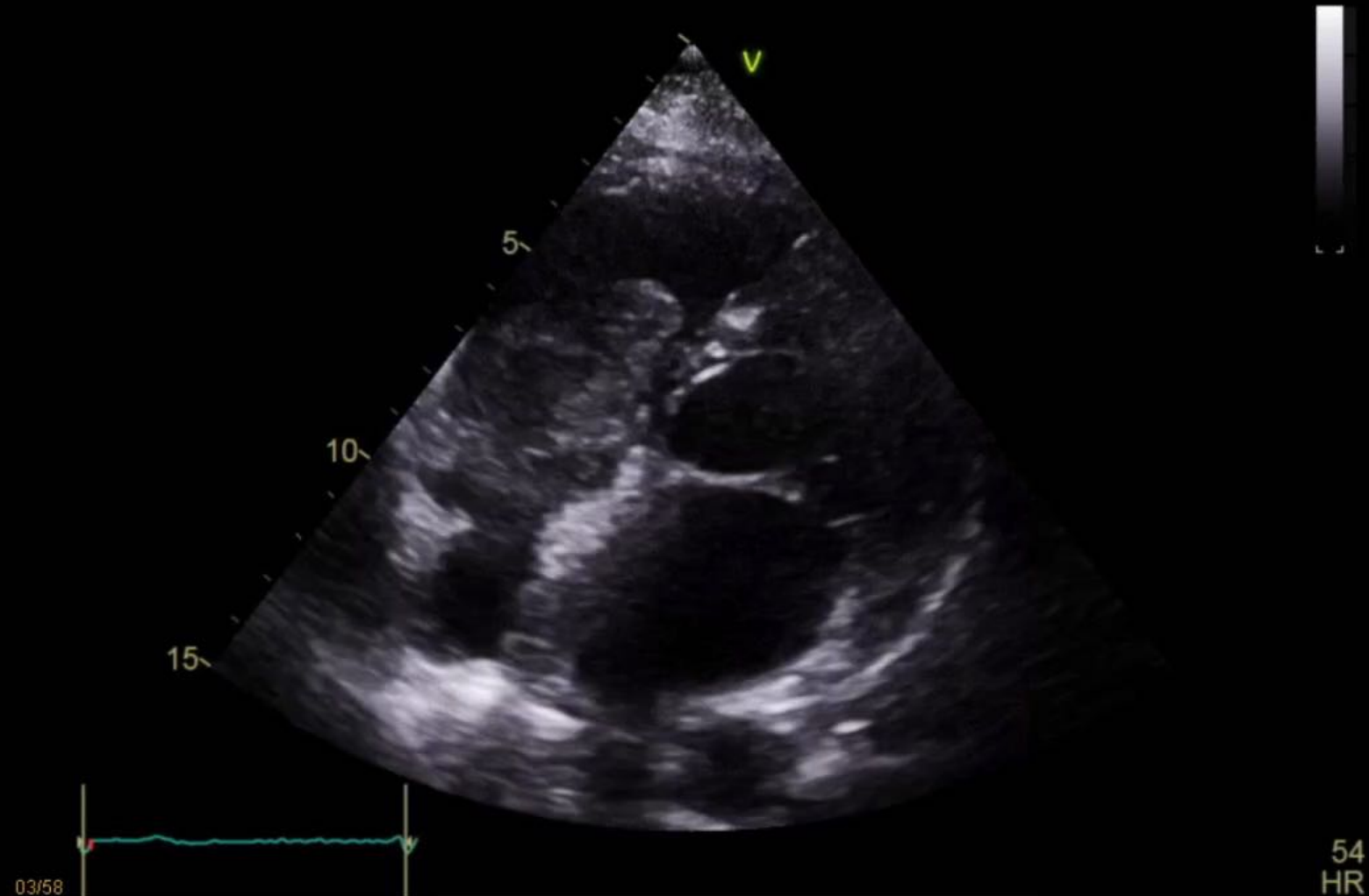
TAC TORACO-ABDOMINAL



ECOCARDIOGRAMA

ACE

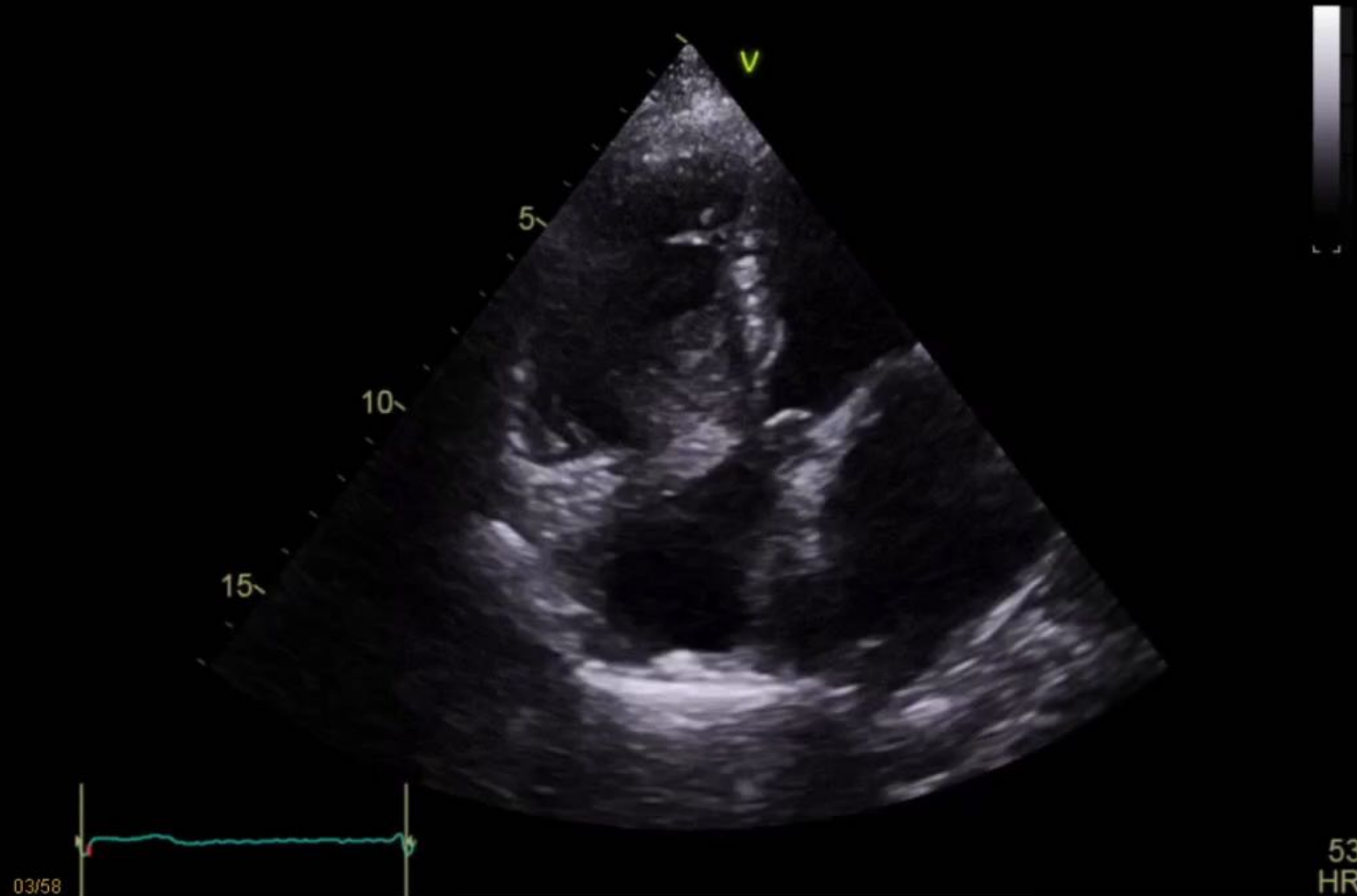
Suave



ECOCARDIOGRAMA

ACE

Suave



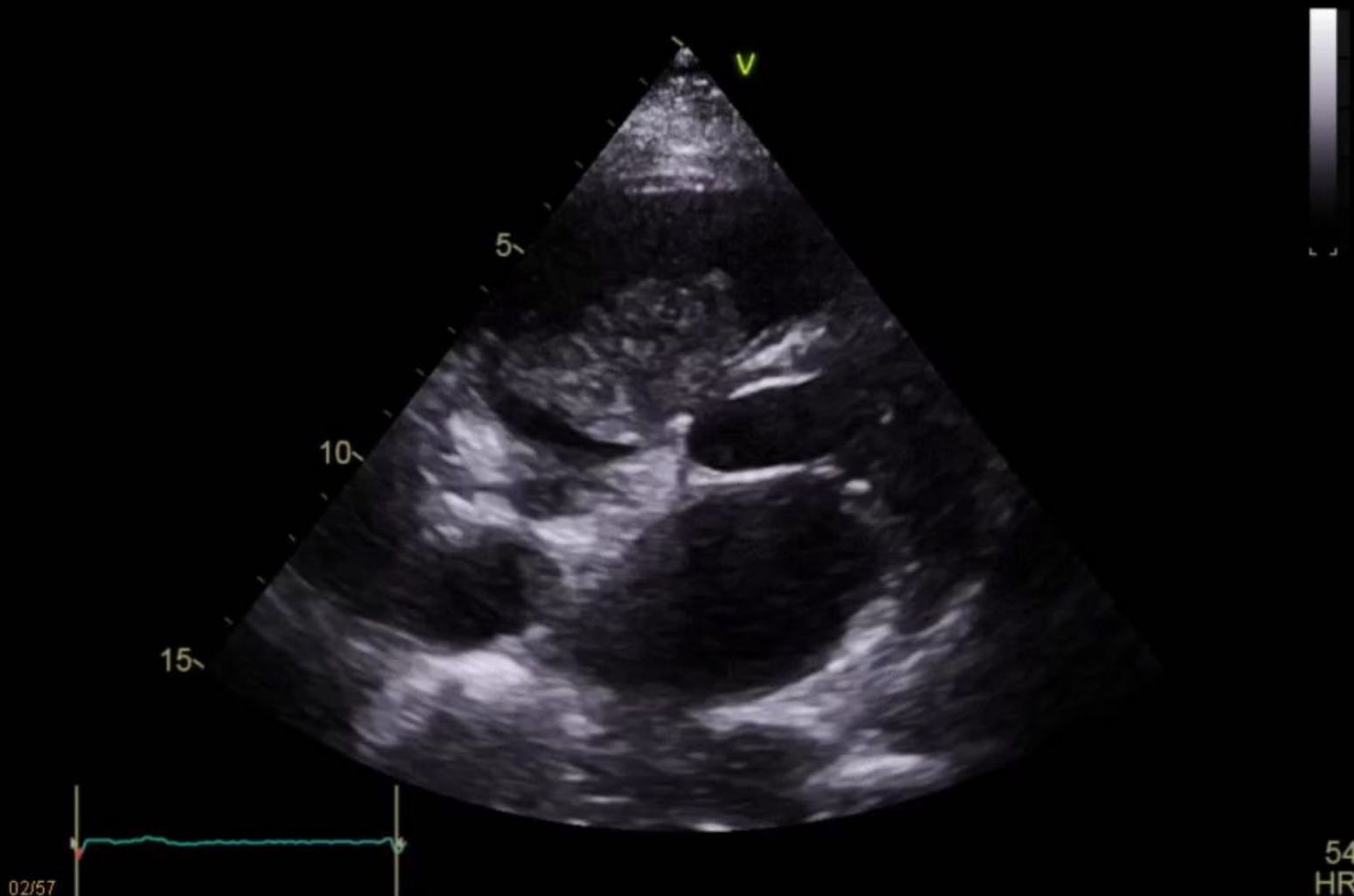
03/58

53
HR

ECOCARDIOGRAMA

ACE

Suave



MASA en AD + TEP agudo secundario



Ingreso en Cardiología



Sd gral + anemia ferropénica (8 meses)...



Endoscopias

ESTUDIO ENDOSCÓPICO

GASTROSCOPIA

Consentimiento Informado: Si.

Motivo de Petición:

Anemia

Premedicación:

Propofol

Tolerancia:

Buena

Procedimientos:

Esófago:

Normal.

Estómago:

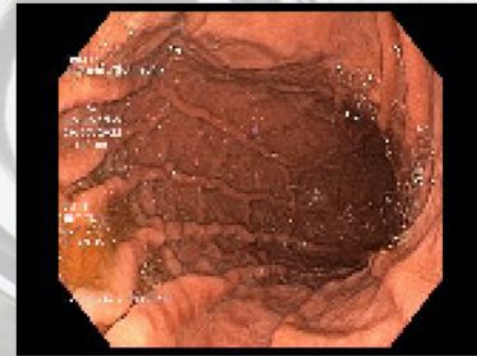
Normal.

Duodeno:

Normal

Diagnóstico:

GASTROSCOPIA SIN ALTERACIONES.



ESTUDIO ENDOSCÓPICO

COLONOSCOPIA

Consentimiento Informado: Si.

Motivo de Petición:

Anemia

Premedicación:

Propofol

Preparación:

Buena preparación, Boston ...-...-....

Hallazgos:

Se avanza hasta ciego sin observar alteraciones mucosas a ningún nivel.

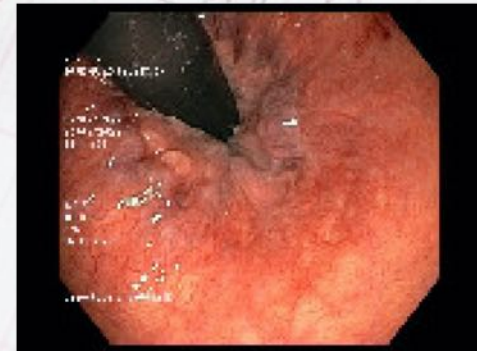
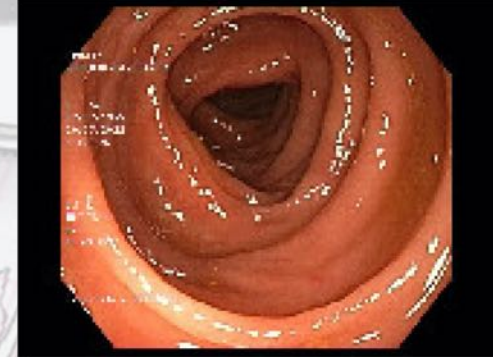
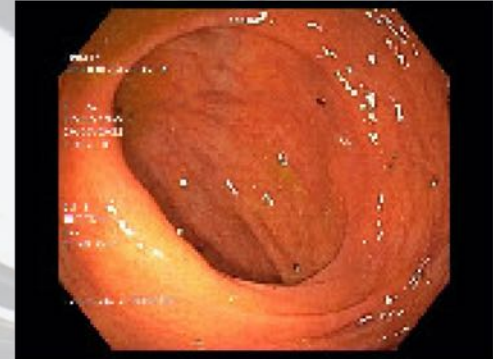
Procedimientos:

Diagnóstico:

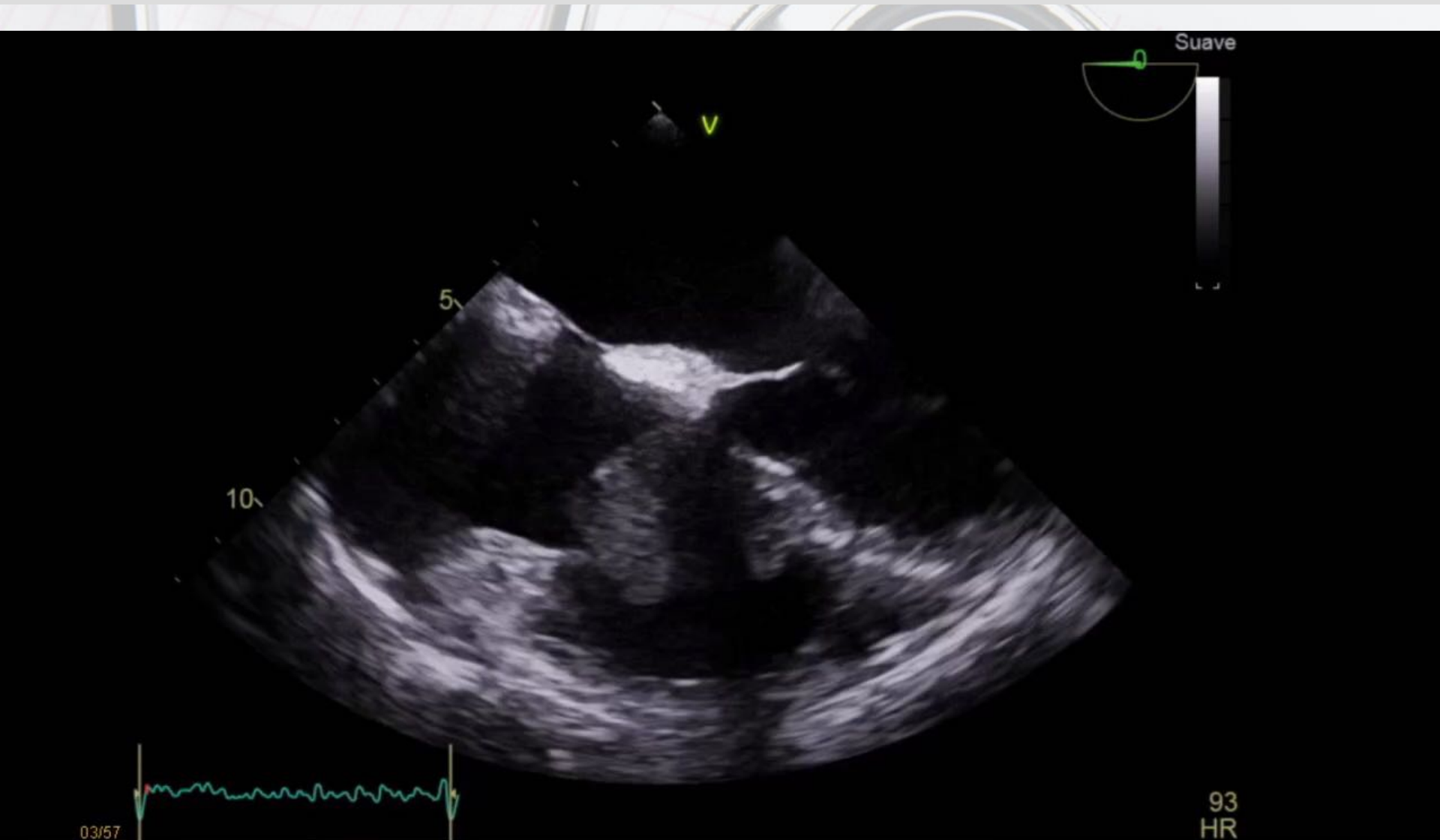
COLONOSCOPIA SIN ALTERACIONES.

Completa:

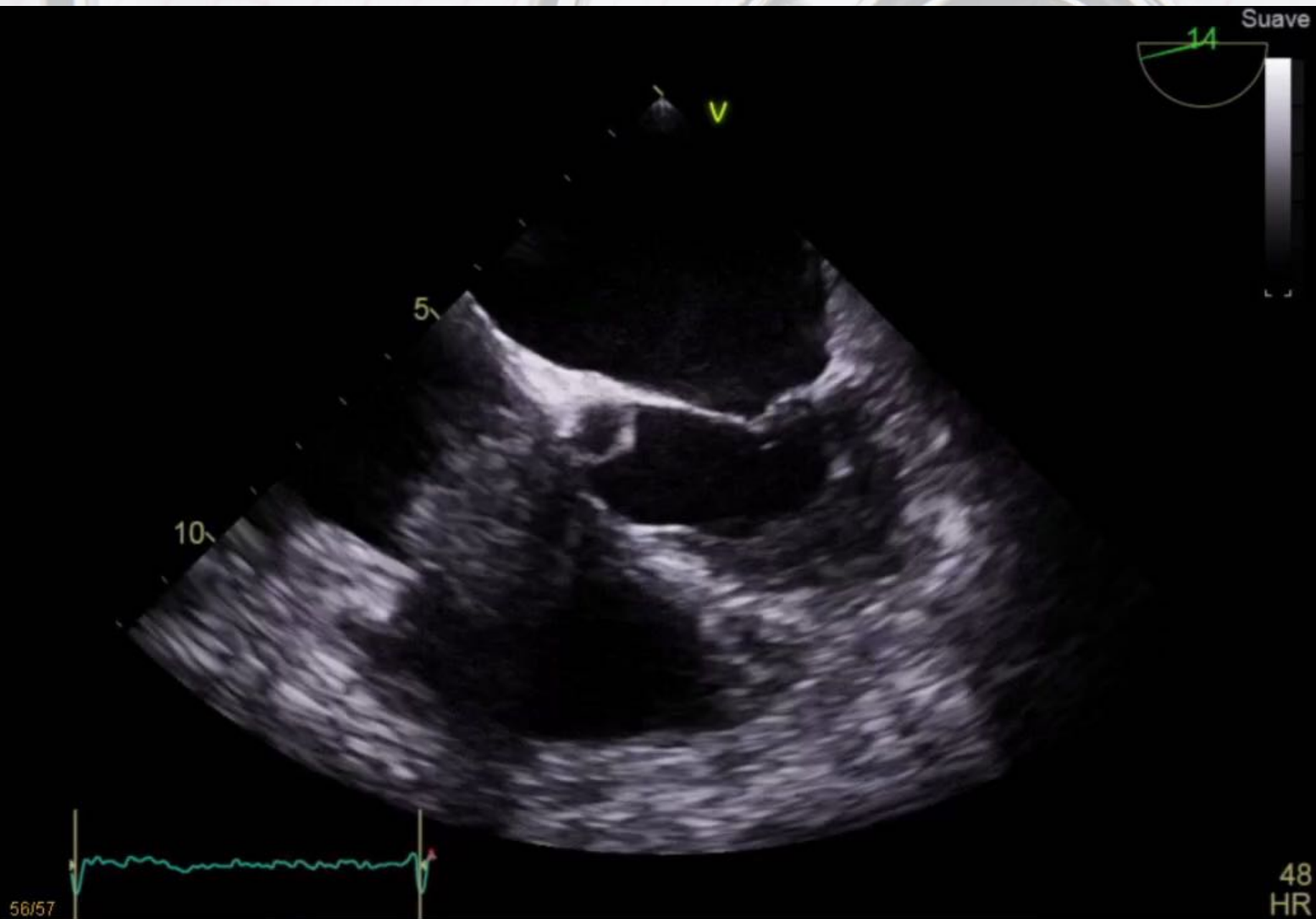
Se explora hasta el ciego



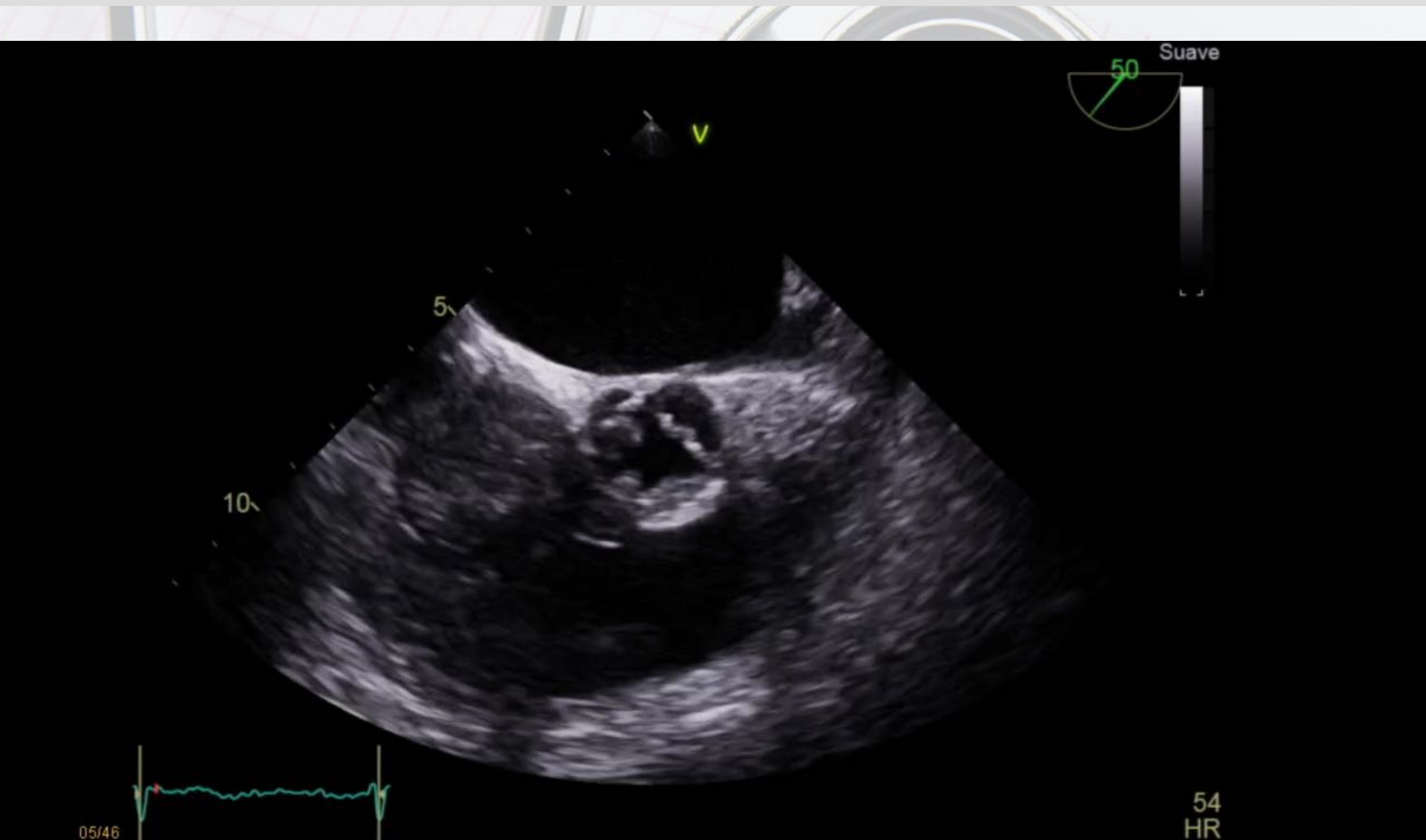
ECOCARDIOGRAMA



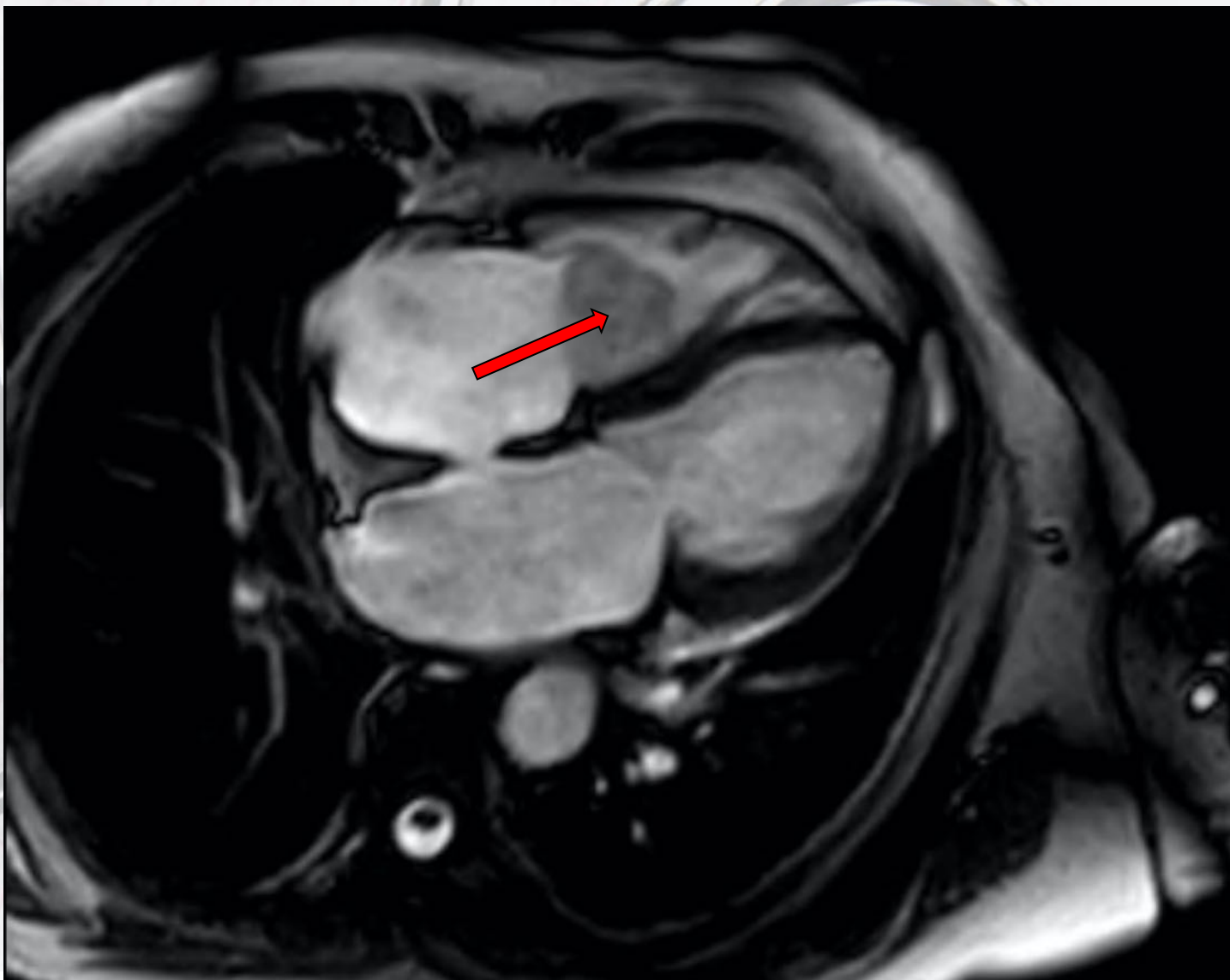
ECOCARDIOGRAMA



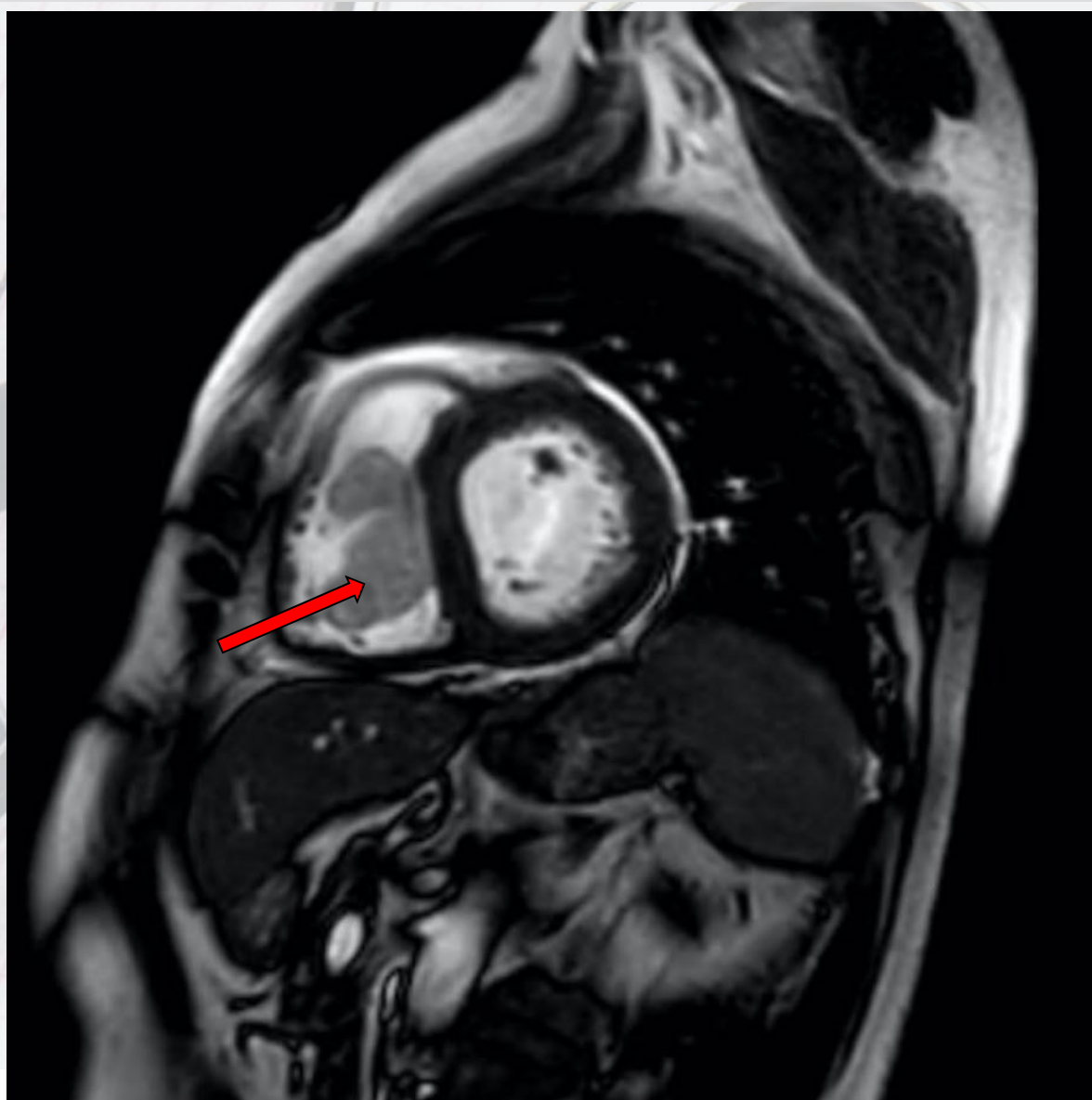
ECOCARDIOGRAMA



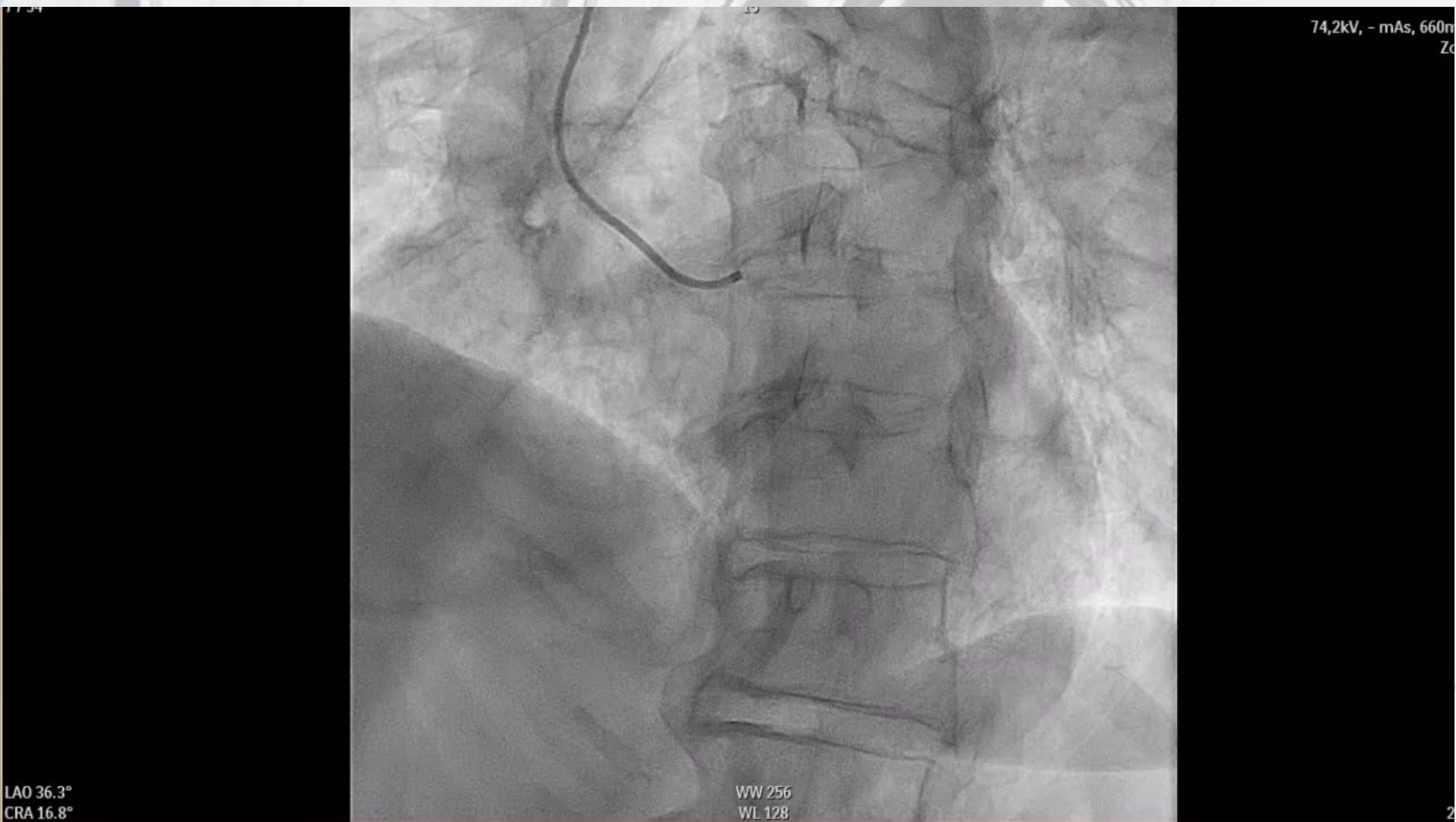
RESONANCIA CARDIACA



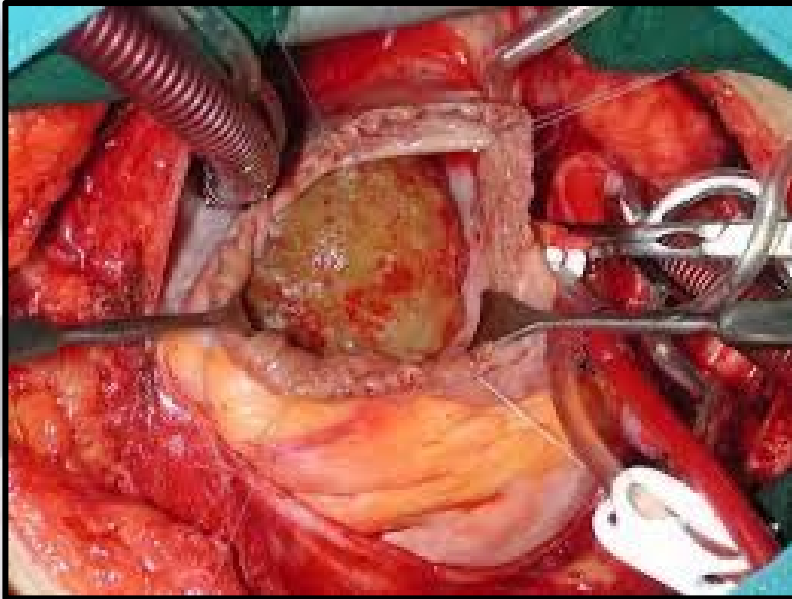
RESONANCIA CARDIACA



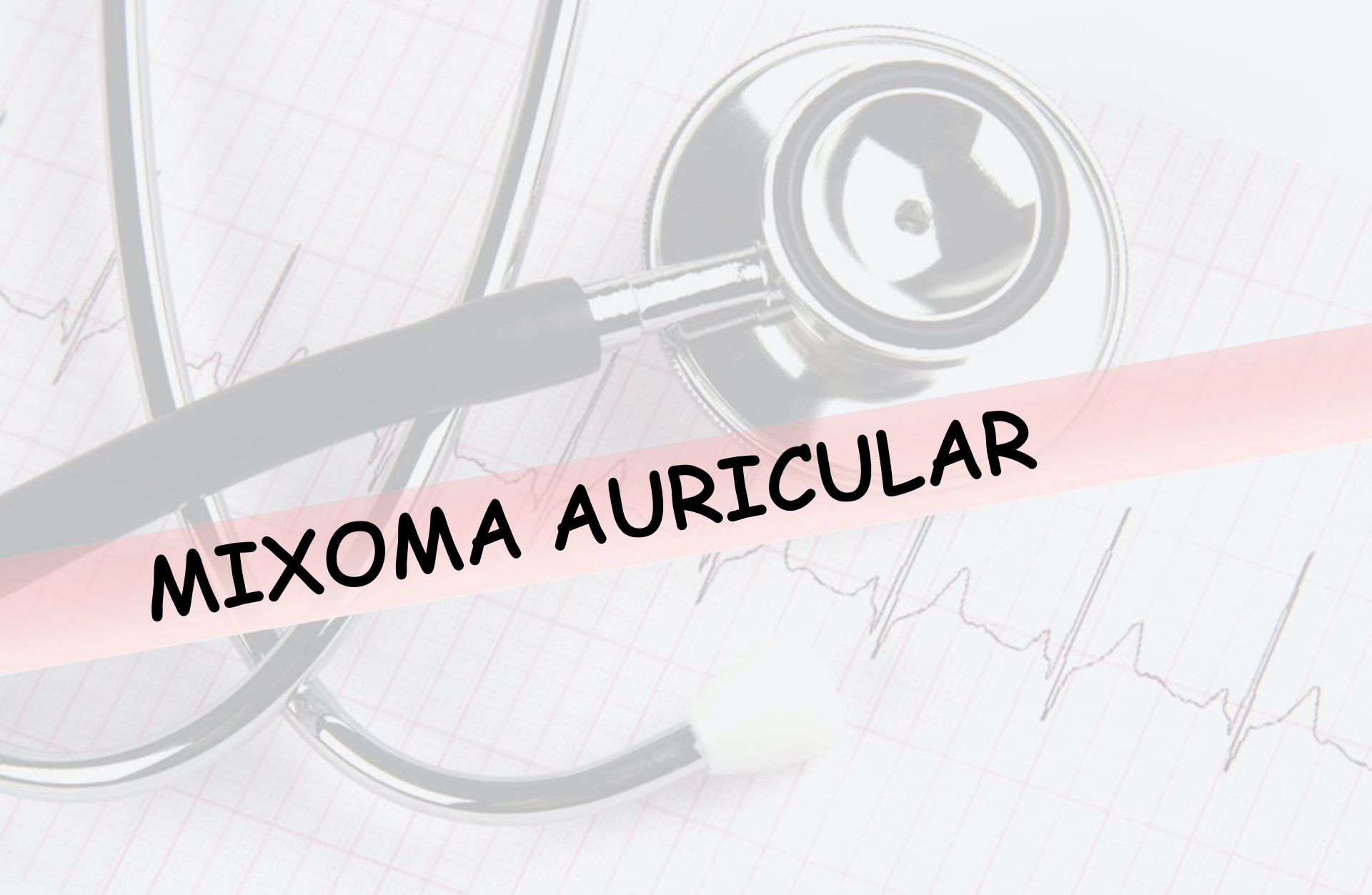
ESTUDIO HEMODINÁMICO



CIRUGÍA CARDIACA

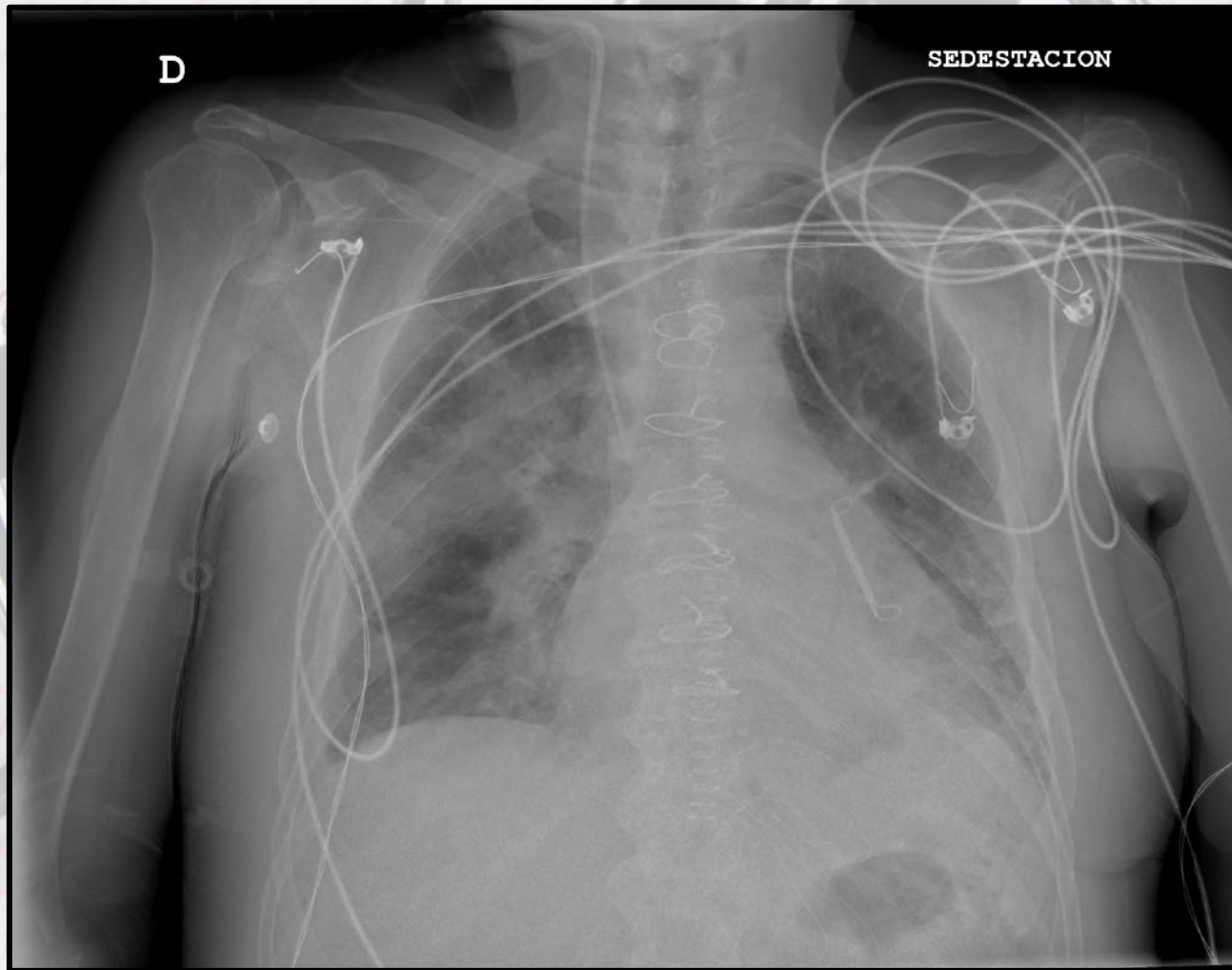


**Exéresis de masa AD + crioablación de
bordes + cierre de orejuela**

A stethoscope is positioned diagonally across a background of red ECG grid paper. A semi-transparent pink banner is overlaid across the middle of the image, containing the title text.

MIXOMA AURICULAR

POSTOPERATORIO



MIXOMA AURICULAR

MIXOMA AURICULAR

- ✓ Los tumores primarios cardiacos son poco frecuentes (5% de todos los tumores cardiacos).

↪ 75% benignos, siendo el mixoma el tumor benigno más común (50%).

- ✓ Localización más habitual en AURICULA IZQUIERDA (75-85%).



MIXOMA AURICULAR

- Asintomático mucho tiempo, pero tras diagnosticarse, deben ser extirpados.
- Ligero predominio femenino, entre 30-70 años.

- Triada clásica:

síntomas de obstrucción cardiaca

síntomas constitucionales

eventos embólicos (hasta 50%)



MIXOMA AURICULAR DERECHO

- Afectación de válvula tricúspide (síntomas de IC derecha).
- Muerte súbita.



MIXOMA AURICULAR

- ECOCARDIOGRAFÍA: Método diagnóstico de elección (difícil diferenciar tumor/trombo).
- RESONANCIA CARDIACA.



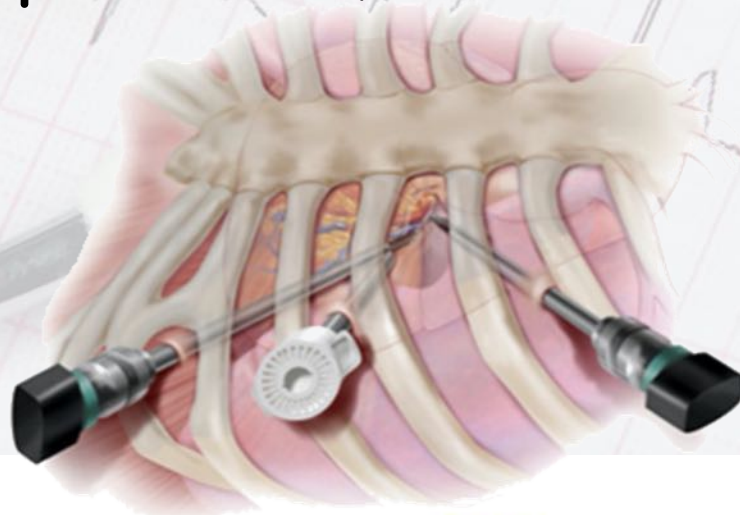
MIXOMA AURICULAR

- ❑ TRATAMIENTO de elección: **CIRUGÍA**.

Generalmente curativa

Recurrencias 3-5% en esporádicos y
22% en asociados a síndromes.

- ❑ MORTALIDAD postoperatoria 2,2%.



GRACIAS POR SU ATENCION!

**CUALQUIER PREGUNTA CONSULTEN
GOOGLE**