

Bibliografía

1. Jacob JT, Nguyen TM, Ray SM. Male genital tuberculosis. *Lancet Infect Dis.* 2008;8:335-42.
2. Shenoy VP, Viswanath S, D'Souza A, Bairy I, Thomas J. Isolated tuberculous epididymo-orchitis: An unusual presentation of tuberculosis. *J Infect Dev Ctries.* 2012;6:92-4.
3. González-Martín J, García-García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28:297e1-20.
4. Ludwig M, Velcovsky HG, Weidner W. Tuberculous epididymo-orchitis and prostatitis: A case report. *Andrologia.* 2008;40:81-3.
5. Dell'Atti L. Unusual isolated tuberculous epididymitis. Case report. *G Chir.* 2014;35:134-6.

P. Soria Lozano^{a,*}, M.L. Monforte Cirac^a,
M.I. Marquina Ibáñez^b y M.J. Revillo Pinilla^a

^a Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: psorial@salud.aragon.es
(P. Soria Lozano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.12.006>

La dificultad del diagnóstico de mareos y síncope



The difficulty of diagnosis of dizziness and syncope

El diagnóstico de los pacientes con mareos y síncope puede resultar muy complejo. Con frecuencia requiere de la realización de múltiples exploraciones complementarias. Sin embargo, en ocasiones exploraciones tan sencillas como la toma de presión arterial en decúbito y bipedestación puede orientarnos hacia el diagnóstico correcto. La hipotensión ortostática (HO) es con frecuencia idiopática¹, pero en otras ocasiones nos lleva a diagnósticos muy infrecuentes, como es el caso que presentamos.

Mujer de 54 años, sin antecedentes personales de interés, que refería desde hacía meses cefalea de decúbito y episodios de inestabilidad y presíncope, que en ocasiones conducían a caídas al suelo, en frecuente relación con los cambios de posición. En la exploración física se detectó hipertensión arterial en decúbito supino, 160/100 mmHg, que descendía marcadamente en bipedestación a los 2 y 3 min, con cifras inferiores a 90/40 mmHg. El resto de la exploración era anodina. Los estudios de laboratorio, que incluyeron hemograma y bioquímica básica, hormonas tiroideas, uroanálisis de 24 h, catecolaminas, renina/aldosterona basal y tras estimulación, cortisol libre urinario, ACTH y bioquímica de líquido cefalorraquídeo, fueron normales. El electrocardiograma y la ecocardiografía transtorácica fueron normales, así como también la radiografía de tórax, la angiotomografía computarizada de tórax, la ecografía Doppler de arterias renales, el electromiograma, la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear craneal. La medición ambulatoria de presión arterial mostró hipotensión diurna e hipertensión nocturna. Se estudió el sistema nervioso autónomo, demostrando un fallo a nivel del sistema nervioso colinérgico, con reducción de la secreción de las glándulas sudoríparas funcionales, así como a nivel del sistema nervioso simpático, con un *tilt-test* y una pletismografía con resultados positivos, y concentraciones de catecolaminas plasmáticas normales en decúbito, con escaso ascenso tras

la bipedestación (tabla 1). La gammagrafía de inervación miocárdica con 123 yodobencilguanidina (fig. 1) demostró una escasa inervación adrenérgica cardíaca, con un índice de corazón/mediastino precoz y tardío disminuido, así como un aclaramiento cardíaco patológico. La paciente fue diagnosticada de un fallo autonómico con afectación predominantemente simpática pura (síndrome de Bradbury-Eggleston).

La HO es definida¹ como una caída en la presión arterial sistólica de al menos 20 mmHg o de 10 mmHg en la presión arterial diastólica, en ortostatismo 3 min después de la toma de presión arterial en decúbito. Es un signo derivado del fallo autonómico^{2,3} que consiste en un trastorno en la neurotransmisión noradrenérgica en la cual las neuronas simpáticas posganglionares no secretan noradrenalina de forma adecuada^{4,5}.

Entre las enfermedades que más frecuentemente producen fallo autonómico aislado, figuran las enfermedades neurodegenerativas⁶, destacando, por su frecuencia e importancia clínica, la enfermedad de Parkinson, la demencia por cuerpos de Lewy⁷, la atrofia multisistémica y el fallo autonómico puro periférico⁸.

Tabla 1 Resultados de la prueba del sistema autonómico simpático hormonal, que demostró concentraciones plasmáticas de catecolaminas normales en decúbito, y con ascensos casi nulos tras la bipedestación, indicando la presencia de un defecto autonómico puro

Posición del paciente	Concentraciones plasmáticas
Adrenalina (pg/ml)	
Decúbito	54,2
Bipedestación	56,9
Noradrenalina (pg/ml)	
Decúbito	102
Bipedestación	87,2
Dopamina (pg/ml)	
Decúbito	59,8
Bipedestación	46,9



Figura 1 Gammagrafía de innervación miocárdica con 123 yodobencilguanidina, que muestra una escasa innervación adrenérgica cardíaca, con un índice de corazón/mediastino precoz y tardío disminuido.

El síndrome de Bradbury-Eggelton es conocido desde 1925. Es muy poco frecuente, de manera que en la literatura médica tan solo hay comunicaciones de casos aislados. Su forma de presentación más frecuente consiste en HO aislada. Otras manifestaciones se derivan de la afectación autonómica (estreñimiento, diarrea, síntomas prostáticos, nicturia, retención urinaria, disfunción sexual, ...). Su tratamiento consiste fundamentalmente en la adopción de medidas de reeducación higiénico-dietéticas. En algunas ocasiones la HO requiere un tratamiento farmacológico, consistiendo fundamentalmente en la administración de mineralocorticoides. En los casos en los que se acompaña de hipertensión supina se pueden utilizar antihipertensivos de vida media corta.

Bibliografía

1. Freeman R, Wieling W, Axelrod FB, Benditt DG, Benarroch E, Biaggioni I, et al. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. *Clin Auton Res*. 2011;21:69–72.
2. Schmidt C, Berg D, Prieur S, Junghanns S, Schweitzer K, Globas C, et al. Loss of nocturnal blood pressure fall in various extrapyramidal syndromes. *Mov Disord*. 2009;24:2136–42.
3. Kaufmann H. Neurally mediated syncope and syncope due to autonomic failure: Differences and similarities. *J Clin Neurophysiol*. 1997;14:183–96.

4. Kaufmann H, Nahm K, Purohit D, Wolfe D. Autonomic failure as the initial presentation of Parkinson disease and dementia with Lewy bodies. *Neurology*. 2004;63:1093–5.
5. Freeman R. Pure autonomic failure: An immaculate misconception. *Neurology*. 2004;63:953–4.
6. Goldstein DS, Robertson D, Esler M, Strauss SE, Eisenhofer G. Dysautonomias: Clinical disorders of the autonomic nervous system. *Ann Intern Med*. 2002;137:753–63.
7. Goldstein DS, Sharabi Y. Neurogenic orthostatic hypotension: A pathophysiological approach. *Circulation*. 2009;119:139–46.
8. Goldstein DS, Holmes C, Cannon RO 3rd, Eisenhofer G, Kopin IJ. Sympathetic cardioneuropathy in dysautonomias. *N Engl J Med*. 1997;336:696–702.

R. Roa-Chamorro^{a,*}, J.D. Mediavilla-García^a,
J. Ramírez Taboada^a y F. Escamilla-Sevilla^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Servicio de Neurología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ricardoroa@gmail.com

(R. Roa-Chamorro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.12.005>

Taponamiento cardíaco atípico en una paciente octogenaria



Atypical cardiac tamponade in an octogenarian female

Sr. Director:

La presentación clínica del síndrome de taponamiento cardíaco es heterogénea debido a sus etiologías muy variadas y a las características de la compresión de las cavidades cardíacas¹. La edad avanzada y el sexo femenino son facto-

res de riesgo conocidos del desarrollo de complicaciones de la cirugía cardíaca^{2,3}. Presentamos el caso de una paciente de edad avanzada que desarrolló un taponamiento cardíaco 6 meses después de una sustitución valvular aórtica, debido a una etiología poco frecuente, cuyo conocimiento puede resultar de interés para internistas generalistas hospitalarios.

Mujer de 83 años con antecedentes de dislipemia, hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica moderada. Seis meses antes se le había realizado sustitución valvular aórtica. Tras la intervención, sin complicaciones clínicas ni ecocardiográficas en las revisiones ulteriores. Actualmente refería clínica disnea de pequeños esfuerzos