



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

415/37 - PUFF, PUFF, QUÉ MAREO

B. Párraga Vico¹, M. Esquívias Campos², S. Zarza Martínez³, I. Gracia Baena⁴

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Madridejos. Toledo. ²FEA Urgencias. Hospital General Macha Centro. Ciudad Real. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcázar II. Ciudad Real. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomelloso II. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Varón 41 años, no alérgico a medicamentos conocidos, con IAM anterior en febrero, traído por familiares al presentar sincope sin TCE hace 30 minutos mientras comía, sin recuperar el nivel de conciencia a su llegada al Centro de Salud. Estuvo trabajando en el campo esa mañana más tiempo de lo habitual cuando presentó mareo y dolor torácico opresivo por lo que se autoadministra puff de cafinitrina (CFN) cediendo síntomas a los pocos minutos. Se decide llamar a 112, sugieren derivación a Hospital para descartar SCA no CORECAM (Protocolo de Emergencias de la Consejería de Sanidad de Albacete). En Urgencias despierta al llamado, contesta con palabras pero desorientado. Consciente, se rehistórica al paciente, presentó mareo en el campo, se aplicó 1 puff de CFN pero al ver que no mejoraba, continúo hasta aplicar 6 puff. Tras 12 horas de Observación y fluidoterapia, presenta mejoría notable de síntomas, mareos casi han desaparecido.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, afebril, cianosis central y periférica, hiporrereactivo, responde leve al llamado con sonidos incomprendibles. TA: 78/40 mmHg, SatO2 90%, FC 50 lpm. Auscultación pulmonar: MVC, no ruidos sobreañadidos. Auscultación cardiaca: ritmicos, no soplos, pulsos carotideos, radiales y pedios débiles. Abdomen blando, no dolor, no signos de irritación peritoneal. Neurológico: estuporoso, fuerza/sensibilidad conservadas, sin focalidad, no signos meníngeos. Analítica: Hb 15,5, HGMA: leucocitos 9.100 (N: 50%), plaquetas 189.000. TP 89%, INR 1,07, FIB 357. Bq: urea 52, creatinina 1,2, glucosa 90, CPK 279, electrolitos normales, troponina 89, pH 7,39. Segundas enzimas: CPK 242, troponina 98. Terceras enzimas: Similares. Rx tórax: sin hallazgos significativos ECG: sinusal a 54 lpm, onda Q en cara anteroseptal con T negativa en cara anterior, descrita en informe de hemodinamista.

Juicio clínico: Hipotensión secundaria al uso continuado de nitratos en spray.

Diagnóstico diferencial: Síncope cardiógeno: SCASEST en paciente con IAM reciente. Síncope vasovagal. ACV-hemorragia subaracnoidea.

Comentario final: Se trata de un caso que confirma la importancia de la historia clínica al plantear circuitos asistenciales específicos y eficientes, en este caso la falta de datos debido al nivel de conciencia del paciente sin testigos que puedan aportar información correcta induce al error diagnóstico. Se reconoce a la hipotensión severa, la bradicardia paradójica, cianosis y la metahemoglobinemia como parte del 10 a 25% de efectos adversos atribuidos a la sobredosificación de cafinitrina. En nuestro caso, el sincope hipotensivo se explica por la administración continua (6 puff de CFN) cuyo mecanismo de acción es la vasodilatación. La recuperación clínica se debe en parte a la brevedad de sus efectos adversos (2-3 horas), la hidratación IV y a

su rápida metabolización. El lavado gástrico también se recomienda en caso de sobredosificación grave, así como el azul de metileno endovenoso para contrarrestar la metahemoglobinemia.

Bibliografía

Pennington B, Howell C, Babienko R. Asystole following nitroglycerin: a review of two cases. Emergency Medicine. 2018;50(8):149-54.

Proulx MH, de Montigny L, Ross D, Vacon C, Juste LE, Segal E. Prehospital nitroglycerin in tachycardic chest pain patients: a risk for hypotension or not? Prehosp Emerg Care. 2017;21(1):68-73.

Palabras clave: Síncope. Cafinitrina. Sobredosis farmacológica.