



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

387/190 - QUEBRADERO DE CABEZA POR NO DIAGNOSTICAR UN SAOS A TIEMPO

M. Manterola Pérez¹, A. Ortiz Blanco², C. Manzanares Arnáiz³, A. García Garrido⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud Astillero. Cantabria. ²Médico de Familia. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna. Cantabria. ³Médico de Familia. Centro de Salud Valle de Valdebezana. Soncillo. Burgos. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud El Parque. Somió. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años que acude a la consulta de Atención primaria por dormirse y caer hacia atrás de la silla dónde estaba. Asocia, tras el trauma, pérdida de conciencia indefinida (fue encontrado por su mujer) con lenta recuperación posterior. No cefalea, no alteración neurológica ni visual. No palpitaciones ni dolor torácico, no disnea ni fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 36,2 °C, TAS 191/TAD 94 mmHg, FC 97 lpm. BEG, consciente y orientado, normocoloreado, normohidratado y normoperfundido. Eupneico, cabeza y cuello sin adenopatías. PVY normal. Corte a nivel occipital (que precisa 7 puntos de sutura) sin colección subyacente ni hematoma. AC rítmica sin soplos. AP normal. Abdomen globuloso. EEII sin signos de TVP. Neurológico: alerta, reactivo, habla fluida, comprensión adecuada, reconoce objetos, nomina adecuadamente, cálculo mental conservado, mantiene memoria, no focalidad neurológica, no signos de meningismo. Segunda toma de TA 150/90, orientativo de cuadro reactivo. El paciente explica clínica sugestiva de SAOS (somnolencia diurna, ronquidos, apneas nocturnas), por lo que se le recomienda valoración por la Unidad del sueño. Se decide observación domiciliar por parte del paciente, entregándole hoja de cuidados de TCE.

Juicio clínico: Traumatismo craneoencefálico secundario a un síndrome de apnea obstructiva del sueño aún no diagnosticado.

Diagnóstico diferencial: Aunque el resultado es un TCE, en su origen debemos considerar las causas de somnolencia como diagnóstico diferencial: dolor prolongado (crónico), diabetes, trabajar muchas horas o diferentes turnos (noches, fines de semana), insomnio prolongado, hipo e hipernatremia, medicinas (tranquilizantes, somníferos, antihistamínicos), no dormir el tiempo suficiente, trastornos del sueño (apnea del sueño y narcolepsia), hipercalcemia e hipotiroidismo.

Comentario final: Nuestro paciente sufre un TCE como consecuencia de somnolencia diurna por un posible SAOS no diagnosticado en Atención Primaria. La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una detención de la respiración durante el sueño, debida a que los músculos de la parte superior de la garganta se relajan; cuando los episodios de apnea o hipopnea (interrupción completa o al menos el 50% del flujo de aire durante un mínimo de 10 segundos) son repetitivos y se tienen síntomas de la fragmentación del sueño, hablamos de SAOS. Las consecuencias son hipersomnolencia diurna, bajo rendimiento laboral, aumento de accidentes (domésticos, tráfico y laborales), HTA de difícil control, accidentes cerebrovasculares, miocardiopatías

isquémicas e hipertensión pulmonar. El manejo del paciente con SAOS debe hacerse por un equipo multidisciplinar, con médicos de varias especialidades, pero dónde cabe señalar el médico de Atención Primaria tiene un papel principal, es el primero que contacta con su paciente y debe sospechar la patología tras una historia clínica y una anamnesis adecuada.

Bibliografía

Medline Plus enciclopedia médica.html: Los adultos con apnea obstructiva del sueño.

PortalCLÍNICA: Causas de la pérdida de conocimiento.

Clínica Universidad de Navarra: file:///E:/Saber más sobre el síndrome de apnea obstructiva del sueño.html