Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):168

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3642 - Lo que parecía un simple síncope

A. Sarmiento Calderón[a], A. González Alonso[b], M. García Fernández[c], A. Rodrigo Granda[d], N.A. Imbachí Zambrano[e], C.M. Cordero Reverol[f], R. del Pozo Pisabarro[c], L. Álvarez Rodríguez[d], S. Castaño Flecha[g] y S. Juárez Natividad[g]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [b]Médico de Familia; [g]Médico Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado II. León. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años, sin antecedentes personales reseñables que es trasladada por el 112 al Servicio de Urgencias, tras presentar síncope con TCE.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a Urgencias, presenta cefalea intensa, que se acompaña de vómitos, con exploración neurológica sin alteraciones, y Glasgow 15. Se le realiza TAC craneal: hematoma subdural agudo temporoparietal derecho con línea media centrada, fractura occipito-parietal izquierda, desestimándose tratamiento quirúrgico. ECG: ritmo sinusal a 40 lat/min. Se ingresó en el Servicio de UCI para vigilancia y continuar con el estudio. Ecocardiograma: normal. Mesa basculante: síncope cardioinhibidor con pausa de 15 segundos. Al mes, acude por poliuria por lo que se solicita analítica con valores normales salvo Na 148 mmol/L y osmolaridad plasmática de 300 mosm/kg. Posteriormente comienza con episodios abigarrados estereotipados de frecuencia 1-2 mensuales, precedidos de aura, consistentes en desconexión, giro cefálico lento a la izquierda y sacudidas en brazos y piernas. EEG: posible foco izquierdo. RMN malacia temporofrontal derecha.

Juicio clínico: Síncope cardioinhibidor + diabetes insípida + crisis focales frontales postraumáticas.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnóstico diferencial: Síncope por hipotensión ortostática, arritmias cardiacas, enfermedad cardiaca o alteraciones neurológicas como el síndrome del robo vascular.

Comentario final: El síncope posee multitud de diagnósticos diferenciales, siendo imprescindible averiguar la causa para su posterior tratamiento. En nuestro caso la paciente acompañó el síncope de una bradicardia inusual para su edad, por lo que se decidió ampliar el estudio con pruebas como la mesa basculante y Holter ECG, Se demostró síncope cardioinhibitorio, cuyo principal mecanismo es la reducción de frecuencia cardiaca. Como consecuencias del TCE, la paciente debutó con cuadro de diabetes insípida de origen central que mejoró con tratamiento instaurado por parte del Servicio de Endocrinología, así como con crisis focales con aura de posible origen frontal que a pesar del tratamiento, continúan en estudio por mal control.

Bibliografía

1. Álvarez de Miguel F, De Castro Martínez M. Síncope. En: Aguilar Rodriguez F, Bisbal Pardo, et al, eds. Manual de diagnóstico y Terapéutica Medica Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid: MSD. 2012:91-8.

Palabras clave: Síncope. Bradicardia. Crisis focales. Diabetes.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.