



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3605 - Síncope, la importancia de una correcta monitorización

M.M. Solís Aguilera^a, S. Roldán García^b y J.D. Moreno Macías^c

^aMédico de Familia. Distrito Huelva. Huelva. ^bMédico de Familia. Epes. Sevilla. ^cMédico Residente. Centro Salud Nuestra Señora de las Nieves. Los Palacios y Villafranca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 85 años, con hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y dislipemia. Cardiopatía isquémica. Tratamiento: omeprazol 20 mg/24h, metformina 850 mg/8h, lantus 24 UI/24h, enalapril 5 mg/24h, olmesartan 40/amlodipino 10 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg/24h, simvastatina 40 mg/24h; que acude a centro de salud tras síncope en domicilio, de unos 4-5 minutos de duración, estando en sedestación, precedido de cierto malestar general que describe como “sensación de mareos” y náuseas. Se acompaña de movimientos tónico-clónicos de miembros y cabeza sin sialorrea ni relajación de esfínteres, no mordedura de lengua. Recuperación espontánea con cierto estupor poscrítico. Derivamos a hospital para estudio. Mientras espera resultados, presenta nuevo síncope por lo que pasa a observación, donde sufre 3^{er} episodio de pérdida de conciencia sin pulso, objetivándose en monitor bloqueo auricular prolongado y recuperación en dos minutos (registrado en monitor) tras masaje cardíaco. Se corrige hipertotassemia con mejoría del paciente. Alta médica tras semana de ingreso con retirada de fármacos nefrotóxicos.

Exploración y pruebas complementarias: Urgencias: buen estado general, tendente al sueño. Orientado. Lenguaje coherente. Campimetría normal, pupilas isocóricas normoreactivas. Pares craneales conservados. Motor y sensibilidad normal. Reflejos normales. No signos menígeos. Hidratado y perfundido. Normocoloreado. Eupneico. Rítmico con soplos sistólico panfocal, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen normal. No edemas en miembros inferiores ni signos de TVP. Pulsos simétricos y presentes. EKG: RS a 50 lpm con P normal PR límite. Eje izquierdo. QRS ensanchado con T altas y picudas en V3 y V4. Analítica: hipertotassemia (7,1 mg/dL) y alteración función renal. TAC craneal y radiografía de tórax normal.

Juicio clínico: Síncope con crisis tónico clónicas secundario a asistolia causado por hipertotassemia grave secundaria a insuficiencia renal, con signos de toxicidad cardíaca en EKG.

Diagnóstico diferencial: Síncope a filiar.

Comentario final: La hipertotassemia grave puede producir aumento de la irritabilidad cardiaca con fibrilación ventricular y eventual asistolia, una de las causas tratables, siendo importante la instauración de un tratamiento precoz.

Bibliografía

1. Matilde, et al. Hiperpotassemia severa en emergencia: Manifestaciones clínicas y manejo terapéutico a propósito de tres casos. Arch Med Int. 2012;34:91-4.

2. Pérez Zepeda U, et al. Bloqueo AV completo asociado a hipercalemia en una paciente con insuficiencia renal crónica.
3. Asensio Martín MJ, et al. Alteraciones del potasio.

Palabras clave: *Síncope. Monitorización. Hiperpotasemia.*