



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

## 242/2976 - ¿EPILEPSIA O INFARTO DE MIOCARDIO?

J. García Ballesteros<sup>a</sup>, C. García García<sup>a</sup>, J. Mesa Morales<sup>b</sup> y P. Lloreda Molina<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bailén. Jaén. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Arquillos. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 67 años que sufre cuadro sincopal mientras iba en coche de familiares; estos llaman al equipo de urgencias, que cuando llegan encuentran a paciente con disminución del nivel de conciencia y cortejo vegetativo progresivamente va recuperando lentamente. La familia cuenta que de repente se ha encontrado mal, han notado que tenía fuertes temblores y sacudidas del cuerpo y ha perdido el conocimiento. Antecedentes personales: diabetes mellitus tratada con antidiabéticos orales desde 2006 (metformina y gliclazida), SCASEST con arterias coronarias normales en 2014. Cuadros presincopales en estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: palidez cutánea, sudorosa, eupneica, tolera decúbito, no ingurgitación yugular, consciente y desorientada, con respuesta a estímulos sonoros y táctiles normal, Glasgow 13/15, no nistagmos, no desviación de comisura bucal, bien hidratada y perfundida, auscultación cardiorrespiratoria rítmica, buen murmullo vesicular, ventilación normal. Miembros inferiores sin lesiones, no signos de trombosis venosa profunda. Hemodinámicamente estable. Electrocardiograma (EKG): ritmo sinusal a 85 latidos/minuto, ascenso de ST en I, aVL y V2-V3 menor de 2 mm. Se administra medicación, se traslada de urgencia al hospital. Se hace análisis con enzimas cardíacas, se repite EKG normalizándose el ascenso de ST y se hace seriación enzimática: hb 14,4, leucocitos 12.990, plaquetas 262.000, glucosa 257, sodio 134, potasio 4,6, troponina T 0,339, 2º troponina T 1,370. Ingresando en UCI para completar estudio. Se completan analíticas, se hace TAC craneal sin hallazgos de interés, electroencefalograma: anomalías epileptiformes generalizadas, con descargas de elementos punta-onda generalizados de 2 segundos. Una vez estable se hace coronariografía sin hallazgos de interés. Durante el ingreso se repiten las crisis convulsivas comenzando a administrar medicación: anticonvulsionantes y tratamiento para SCASEST.

**Juicio clínico:** SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación de ST) en contexto de crisis convulsiva epiléptica de inicio tardío con crisis generalizadas.

**Diagnóstico diferencial:** Infarto agudo de miocardio. Síncope vasovagal. SCASEST. Crisis convulsiva de diferentes causas. Epilepsia.

**Comentario final:** Es dada de alta con candesartan, metformina, gliclazida, aspirina, atorvastatina, clopidogrel, pantoprazol, ácido valproico, y añadir posteriormente levetiracetam.

### Bibliografía

1. Taquini AC. Corazón y epilepsia. Cardiología e hipertensión. Facultad de Medicina. UBA. 2012.

2. Lamberts RJ, Blom MT, et al. Paro cardíaco súbito en personas con epilepsia en la comunidad. Circunstancias y factores de riesgo, Neurology. 2015.

**Palabras clave:** Síncope. Epilepsia. SCASEST.