



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1654 - ELECTROCARDIOGRAMA VS ELECTROENCEFALOGRAMA

D. Rojas Jiménez^a, M. Vizcarra Manrique^a, T. Rodríguez Martínez^a, C. Gallego Nieto^b y M. Elizari Roncal^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Luis Santamaría. Burgos. ^bMédico de Familia. Centro de Salud José Luis Santamaría. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 84 años de edad con antecedentes de HTA, DM2, dislipemia, obesidad, Neoplasia de mama con mastectomía derecha, coledocolitiasis, hipotiroidismo, hiperuricemia, psoriasis e intervención de hernia sacrococcígea. En tratamiento con olmesartán, eutirox, metformina, rosuvastatina. En 2001 ingreso en Cardiología por dolor torácico sin cortejo vegetativo con exploración física normal, electrocardiograma y ecocardiograma con bloqueo de rama izquierda del haz de His y estudio ergonómico no valorable por lo que se decide alta con su tratamiento habitual y seguimiento en consulta de Cardiología hasta 2010. En 2013 interconsulta a cardiología desde atención primaria por episodio de síncope en bipedestación con cortejo vegetativo, caída al suelo y trauma facial sin lesiones significativas. Se realizan estudios y exploraciones que son normales, se mantiene mismo diagnóstico y tratamiento, se decide alta. En 2014 se deriva a neurología por episodios de presíncope con pródromos caracterizados por zumbidos en el oído, mareo, sensación de giro e inestabilidad, sin pérdida de conciencia, recuperación precoz sin incontinencia. Episodios de sensación epigástrica ascendente. Niega amnesia del episodio, movimientos tónico-clónicos o rigidez. Exploración, analítica y TAC normales. Se realiza EEG de sueño donde destaca actividad irritativa temporal izquierda, se diagnostica de crisis parciales complejas e inicia levetiracetam 500 mg cada 12 horas. En 2015 ingreso en Cardiología por episodio de síncope, destacando esta ocasión un bloqueo auriculoventricular, se decide implantación de marcapasos permanente.

Exploración y pruebas complementarias: Electrocardiograma: bloqueo de rama izquierda del haz de His, bloqueo AV.

Juicio clínico: Bloqueo de rama izquierda del HH y bloqueo auriculoventricular completo. epilepsia lóbulo temporal izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de nodo sinusal. Estenosis aórtica. Epilepsia. Enfermedad vertebrobasilar. FA.

Comentario final: A pesar de historia de síncope cardiogénicos de larga evolución, con BRIHH sin cardiopatía estructural, durante el último episodio sincopal se logra documentar un BAV avanzado, intermitente (3:1), incesante en reposo, bien tolerado que motiva un MCP definitivo.

Bibliografía

1. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Protocolo de indicaciones de marcapasos. 2009;10:2653-6.

Palabras clave: Síncope. Bloqueo auriculoventricular. Marcapasos.