



242/2610 - SÍNCOPE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Y. Campoy Sánchez^a, P. Viguera Sánchez^b, E. Sánchez Fernández^c, J. Martínez Martínez^d, J. Aquino Escalante^e y A. Perán Morenilla^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Diego. Lorca. Murcia.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Diego. Lorca. Murcia. ^eMédico de Familia. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años, con HTA, y 2 Episodios de Neumotórax espontáneo, consulta por episodio de pérdida de conciencia de tiempo indeterminado, sin relajación de esfínteres, ni movimientos tónico clónicos. El paciente refiere que mientras caminaba, aproximadamente unos 50 metros, sintió cefalea tipo pinchazo súbita y debilidad de miembros inferiores, sin mareo, ni dolor torácico ni cortejo vegetativo previo, con posterior caída y pérdida de conciencia y con recuperación posterior espontánea sin clínica. Refiere múltiples episodios con características similares pero sin caída ni traumatismo craneoencefálico ni pérdida de conciencia por lo que está siendo estudiado en consultas de Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normohidratado, normocoloreado, eupneico en reposo, TA 135/85, FC 70 lpm, Tª 36,5 °C. AC: rítmico sin soplos, AP: buen murmullo vesicular, Exploración neurológica: pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales centrados, MOE simétricos. Nomina, repite y sigue órdenes, FM 5/5, Minzaghizzi negativo, hiperreflexia en hemicuerpo derecho, Romberg negativo. Analítica normal, TAC craneal: en región parietal izquierda, cerca de la cúpula, presenta lesión hipodensa rodeada y bien delimitada de unos 6 cm, que comprime el parénquima de alrededor, y el ventrículo lateral. No se aprecia zonas hiperdensas que sugieran sangrado ni imagen de edema vasogénico. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm, Eje 60°, PR 160 msec, QRS estrecho, ST isoelectrico, T negativa en V1. Rx tórax normal.

Juicio clínico: Síncope de origen neurológico, LOE parietal izquierda.

Diagnóstico diferencial: Síncope: neuromediado, cardiaco, neurológico, ortostático.

Comentario final: Ante un paciente con episodio sincopal debemos realizar una anamnesis detallada, con especial interés en los síntomas previos a la pérdida de conciencia y exploración física completa; Siempre que sea posible hay que realizar analítica completa y electrocardiograma, así como la toma de TA sentado y en bipedestación y según la sospecha diagnóstica realizar más pruebas complementarias, como ecocardiograma, Holter si sospecha origen cardiaco, o Pruebas de imagen cerebral como TAC o RMN si el origen no está claro o si se sospecha origen neurológico.

Bibliografía

1. Grossman S, Gossman W. Syncope.StatPearls, 2017. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442006/>

Palabras clave: Pérdida de consciencia. Síncope. Debilidad.