

<http://www.elsevier.es/semegen>

424/2175 - PERDIDA TRANSITORIA DEL CONOCIMIENTO: UN RETO DIAGNÓSTICO

A. Asensi Zapata¹, N. Balot Fernández¹, S. Fernández Barrio² y E. Nadal Fontané³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Amadeu Torner. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Amadeu Torner. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón 89 años que acude por pérdida súbita de conciencia sin traumatismo craneoencefálico, de breves segundos, con recuperación espontánea. No refiere cefalea, déficit motor, dolor torácico, palpitaciones ni síntomas comiciales. Antecedentes patológicos: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, accidente cerebral vascular. Medicación crónica: omeprazol 20 mg/24h, valsartán 160 mg/24h, AAS 100 mg/24h, metformina 850 mg/24h, rosuvastatina 5 mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: tensión arterial 131/47 mmHg, FC 44 lpm. Saturación O2 96%. Buen estado general. Exploración neurológica: no focalidad Glasgow 15 con resto de pares craneales normales. Auscultación cardiopulmonar: hipofonesis generalizada. Tonos rítmicos con soplo sistólico en foco mitral. Abdomen y EEII sin datos relevantes Electrocardiograma (ECG: bloqueo auriculoventricular 2º grado 2:1 a 44 lpm. Analítica: hemograma con leve leucocitosis de 9.400 con neutrofilia 85,9%. Bioquímica y coagulación sin alteraciones significativas.

Orientación diagnóstica: Síncope de origen cardíaco 1) Trastorno degenerativo de la conducción AV. Bloqueo AV 2º grado con conducción 2:1 sintomático por síncope, arritmias ventriculares. 2) TVP sostenida sincopal en contexto de bradiarritmia.

Diagnóstico diferencial: Pérdida transitoria de conciencia no traumática: epilepsia, síndrome de robo de la subclavia, AIT vertebro-basilar, hemorragia subaracnoidea y psicógeno.

Comentario final: Se traslada monitorizado al servicio urgencias hospitalario. Tras ingreso se objetiva en la monitorización electrocardiográfica taquicardia ventricular paroxística no sostenida (TVPNS) de 7-8 complejos y posteriormente TVP sostenida sincopal que requirió choque bifásico a 200J, saliendo con bradicardia severa sin pulso que recupera tras 1 mg de atropina y 1 mg adrenalina y reanimación cardiopulmonar. Se pauta aleudrina isoprenalina en perfusión con recuperación de conciencia sin focalidad neurológica asociada. Finalmente se implanta marcapasos ventricular con modo de estimulación VVIR. El síncope es un problema médico importante por su alta frecuencia y la gran variedad etiológica. Según sospecha clínica se determinarán las pruebas complementarias y las posteriores medidas terapéuticas. El síncope de origen cardíaco, aumenta con la edad y tiene peor pronóstico. No se puede llegar a un diagnóstico de presunción al menos en el 30% de los casos.

Bibliografía

1. Brignole M, Moya A, J. de Lange F, Deharo JC, M. Elliott P, Fanciulli A, et al. Guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y el tratamiento del síncope. Rev Esp Cardiol. 2018;71(10):837.
2. Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, et al. 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope. Heart Rhythm. 2017;14(8):e155-e217.

Palabras clave: Pérdida transitoria de conciencia.