



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-032 - La importancia de la anamnesis en el paciente con alteración transitoria de la conciencia

C. Bellido Moyano^a, E. Rodríguez Guerrero^a, C. Moreno de Juan^b, A. Blanco Mora^c, L. Delgado Fernández^d y R. Mateos Ortega^a

^aCS Lucena I. ^bCS Lucena II. ^cCS de Cabra. ^dCS de Castro del Río.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años diabético e hipertenso. Síndrome ansioso-depresivo. Diagnosticado de cáncer vesical en 2013 pT1 G3 con cistoscopia negativa en mayo de 2015. En seguimiento por Digestivo por antecedentes familiares de cáncer de colon. Intervenido de cataratas. En tratamiento con omeprazol, indapamida, trazodona, lorazepam, lantus, tamsulosina, mirabegron, citalopram, fentanilo, hierro. Acude al Servicio de Urgencias por presentar 3 episodios de pérdida transitoria de conciencia de unos segundos de duración con dudosa rigidez de extremidades según cuenta el familiar. El paciente presenta buen estado general. Auscultación cardiaca y pulmonar normal. Exploración neurológica anodina.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica con bioquímica (incluidos calcio, potasio y sodio), hemograma y coagulación normales. Radiografía PA y L de tórax normales. Dados los antecedentes personales, se realiza TC craneal donde se diagnostica de síndrome de Fahr (ferrocalcinosis cerebrovascular). Estando el paciente en observación monitorizado y con la perfusión de midazolam y fenitoína, presenta pérdida transitoria de conciencia con relajación del tono postural de unos segundos de duración con recuperación espontánea completa, coincidiendo con racha de taquicardia regular de complejo ancho en el monitor, por lo que pasa a UCI. Electrocardiograma de base: HBAIIH con negativización de T de v2-v6 con QT de 600 ms (corregido con fórmula de Bazett 648 ms) que quedó resuelto con la suspensión de mirabegron. Ecocardiograma: hipoquinesiaanteroseptal.

Juicio clínico: Síndrome QT largo secundario a mirabegron.

Diagnóstico diferencial: Epilepsia, alteraciones metabólicas, intoxicaciones, accidente isquémico transitorio.

Comentario final: El síncope se define como pérdida de conciencia transitoria con recuperación espontánea *ad integrum*. En estudios realizados en años anteriores, hasta un 26% de los pacientes diagnosticados y tratados como epilepsia, padecían cuadros sincopales. Mientras que en la epilepsia los movimientos de los miembros son amplios y afectan a toda la extremidad, en el síncope, los pacientes presentan inicialmente una hipotonía del tono postural, y sólo tras varios segundos de hipoperfusión cerebral, pueden aparecer movimientos musculares que afectan sobre todo a zona distal de miembros superiores. Como valoración inicial tras una pérdida de conciencia es fundamental una historia clínica donde se especifiquen los desencadenantes del cuadro, los síntomas previos y la forma de recuperación, una exploración física y la realización de un EKG. Sobre los antecedentes personales debemos destacar el número de episodios en el último año junto con el espacio de tiempo transcurrido entre ellos, la duración del cuadro sincopal y los antecedentes personales del paciente, como fármacos, enfermedades cardíacas y sus antecedentes familiares.

En los últimos años se han descrito predictores de riesgo de eventos cardiovasculares graves en pacientes con cuadros sincopales entre los que destaca un QT largo. La causa más frecuente de QT largo adquirido es la farmacológica. Otras causas desencadenantes de esta alteración electrofisiológica que deben ser estudiadas son las alteraciones hidroelectrolíticas, la intoxicación con órganos forados y el feocromocitoma entre otras.