



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 264/36 - NO ENTIENDO, MI HIJO SE SINCOPO: ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y BARRERAS FRANQUEABLES

T. González Navarro<sup>a</sup>, J. Martínez Estévez<sup>b</sup>, M. Ríos del Moral<sup>c</sup> y M. Zapata Martínez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almería Periferia. Consultorio Retamar. Almería. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vícar. Almería.

<sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Río Nacimiento. Almería. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Almería Periferia. Consultorio Retamar. Almería.

### Resumen

**Descripción del caso:** Motivo de consulta: crisis epiléptica. Anamnesis: paciente de 14 años, consulta por episodio estando afebril y después de comer consistente en tras gritar y pedir ayuda con palidez cutánea y sudoración seguido de desconexión del medio con rigidez generalizada con movimientos tónico-clónicos de las 4 extremidades de pocos segundos de duración con recuperación rápida espontánea poscrisis. Su padre refiere varios episodios similares en el último año y 3 o 4 el año pasado. Barrera idiomática importante, de origen árabe, solo llevan en España dos años, su familiar no sabe precisar antecedentes familiares de interés. No se puede averiguar de forma clara si ha sido valorado por Neurología infantil en alguna ocasión. Al parecer su pediatra lo había derivado pero no consta informe.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Normocoloreado y normoperfundido. Bien hidratado. No exantemas ni petequias. No signos meníngeos. ORL: normal. Auscultación: rítmico, sin soplos. Buena ventilación pulmonar. Sin ruidos patológicos. Neurológico: Consciente y orientado. Glasgow 15. PINR.MOEC. PC normales. No disimetrías, fuerza y tono normal. ROT conservados. Romberg negativo. Marcha normal. Pruebas complementarias: tira glucemia basal, análisis de sangre, ECG.

**Juicio clínico:** Síndrome de QT largo QT 600ms. El paciente fue derivado a Urgencias Hospitalarias para valoración e ingreso a cargo de Cardiología para continuar estudio y tratamiento.

**Diagnóstico diferencial:** Crisis epiléptica, síncope vasovagal, hipoglucemia.

**Comentario final:** El síncope es un evento muy frecuente en nuestra práctica clínica diaria y sus causas pueden ser de lo más variadas. Puede que no tenga la mayor importancia o que por el contrario nos esté alertando de un aviso grave como una arritmia cardíaca. Por ello tendremos que tener especial atención a la historia clínica, que puede verse interferida por la barrera idiomática, así como fijarnos bien en el ECG para averiguar la causa del síncope y actuar en consecuencia. La orientación diagnóstica es fundamental para llegar a un diagnóstico correcto así como las pruebas complementarias en las que a veces nos apoyamos. El síndrome de QT largo es una patología en la que los sujetos afectados presentan un mayor riesgo de sufrir síncope, taquicardias ventriculares y

como complicación más grave muerte súbita como consecuencia de la arritmia. La mayor parte de los pacientes afectados pueden permanecer asintomáticos hasta que por determinados factores se desencadene el episodio.

### **Bibliografía**

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Madrid: MSD; 2012.