



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3236 - SINCOPE CONVULSIVO

M.S. Piris Santamaría^a, V. Santos Urrutia^b, F. Gómez Molleda^c, X. Piris García^d, B. Alonso Alfayate^a, S. Pardo del Olmo Saiz^e, R. Grande Grande^f, A. Santos Urrutia^g, M.Á. Ruíz Guerra^g y F.B. del Rivero Sierra^h

^aMédico de Familia. Centro de Salud CotoIino I. Castro Urdiales. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Linarejos. Jaén. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Ramales. Cantabria. ^dMédico de Familia. Hospital de Laredo. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Solares. Cantabria. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Alto Campoo. Cantabria. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Alto Asón. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 43 años con antecedentes de CIA en control por cardiólogo. Dolor epigástrico intenso de inicio brusco, náuseas, vómitos, sudoración y pérdida de conciencia de 1'39 de duración visualizada por su pareja tras referir el dolor. Pérdida de esfínteres, rigidez de decerebración, y recuperación espontánea sin periodo poscrítico con cortejo vegetativo. Se avisa al 061 que traslada al paciente a Urgencias Hospitalarias donde administran metoclopramida iv y perfusión de levetiracetam al objetivarse 2 nuevas crisis.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado. Bien nutrido, pálido, sudoroso, FC 60 pm. TA: 100/60. CyC: normal. ACP: normal. Abdomen: dolor a la palpación en epigástrico pero blando, depresible, sin masas. Exploración neurológica normal. Analítica: HRF, coagulación y bioquímica normales. Orina normal. EKG: ritmo sinusal 70 pm, sin alteraciones (monitorización durante los episodios normal, salvo bradicardia e hipotensión) Rx TX: normal. TAC cerebral y angioTAC urgentes normales. Electroencefalograma: normal. Ecocardiograma: CIA conocida. RMN cerebral: normal.

Juicio clínico: Síncope convulsivo.

Diagnóstico diferencial: Crisis epiléptica.

Comentario final: Síncope: pérdida transitoria y brusca de consciencia y tono postural causada por disminución del riego arterial cerebral con recuperación espontánea, rápida y completa. Debido a la hipoxia cerebral prolongada, pueden desencadenarse movimientos tónicos, clónicos o mioclonicos, constituyendo el denominado síncope convulsivo. Convulsión: movimientos anormales, rítmicos y de inicio paroxístico causados por disfunción del sistema nervioso de diferente etiología; síntoma de presentación más habitual de la epilepsia. Diferenciar ambas situaciones puede evitar procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios. El arma diagnóstica más importante es la historia clínica. Existen muchos casos de pacientes tratados con antiepilépticos en los que el diagnóstico final fue síncope convulsivo. La cama basculante o tilt-test es una prueba de provocación que busca reproducir los síntomas y las alteraciones fisiopatológicas que suceden antes y durante la

pérdida de consciencia. Constituye una prueba complementaria a tener en cuenta si tras una historia clínica meticulosa existen dudas entre síncope convulsivo y crisis epiléptica.

Bibliografía

1. Fernández Sanmartín M, Rodríguez Núñez A, Martínón Torres F, Eirís Puñal J, Martínón Sánchez JM. Síncope convulsivo: características y reproducibilidad mediante la prueba de la cama basculante. *An Pediatr (Barc)*. 2003;59:441-7.

Palabras clave: *Síncopes. Sincope convulsivo. Crisis epiléptica.*