



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1894 - ¿SEGURO QUE HA SIDO UNA CRISIS CONVULSIVA?

O. Goliney^a, Y. Goliney^b, A. Gil Adrados^c y A. Fernández Jou^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Talavera Centro. Talavera de la Reina. Toledo. ^cMédico de Familia. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: La paciente de 23 años acude por su propio pie a nuestra consulta de Atención Primaria por dos episodios de rubor facial y sudoración excesiva de pocos segundos de duración, autolimitados con aproximadamente 2h de intervalo entre cada uno el día de hoy. Refiere su madre que tras una hora desde el último episodio, la joven comienza con sonidos guturales, desconexión del medio sin respuesta a estímulos externos y relajación del esfínter vesical, sin movimientos tónico-clónicos, no rigidez ni flacidez y sin período postcrítico. Niega episodios previos similares. No cuadro infeccioso previo. Niega consumo de tóxicos los días previos.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión: 132/76. Frecuencia cardíaca: 91 lpm. T^a 37 °C. SatO₂ 99% ambiente. Glucemia capilar 130. Neurológico: Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No disartria. Fuerza y sensibilidad conservada en las cuatro extremidades. Marcha conservada y Romberg negativo. Auscultación cardíaca, auscultación pulmonar y abdomen: sin alteraciones. ECG: RS a 95 lpm, BCRDHH, BAV 1^o, ascenso de punto J en V1-V2 hasta 2 mm con T negativa en V1. Radiografía de tórax: no cardiomegalia, senos costofrénicos libres, no consolidaciones. Analítica: leucocitos 20.300 (N89% y L7%), Hb 13,8, plaquetas 248.000. Coagulación sin alteraciones. Bioquímica: sin alteraciones. GAB: pH 7,46, pO₂ 107, pCO₂ 30,8, HCO₃⁻ 23,7. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo de dimensiones normales con adecuada contractilidad global y segmentaria con FEVI en el plano apical del 68%. Ecocardiograma compatible con la normalidad.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Brugada tipo I espontáneo con implantación de DAI.

Diagnóstico diferencial: Síncope vasovagal. Crisis convulsiva.

Comentario final: El síndrome de Brugada en la mayoría de los casos es una afección asintomática con todas las pruebas complementarias negativas, a excepción del ECG, una prueba barata, inocua y rápida que podemos realizar en cualquier centro de salud, siendo una herramienta que cualquier médico de atención primaria puede utilizar, por ello es importante un correcto enfoque diagnóstico desde atención primaria.

Bibliografía

1. Benito B, Brugada J, Brugada R, et al. Síndrome de Brugada. Rev Esp Cardiol. 2009;62(11):1297-315.
2. Ventura V, Rubiños M, Pintos M, et al. Síndrome de Brugada: a propósito de dos casos clínicos. Arch Med Interna. 2015;37(3):131-4.

Palabras clave: Síndrome de Brugada. Muerte súbita. Canalopatía.