



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/67 - SÍNCOPE

M. Sierras Jiménez, E. Barbero Rodríguez y S. Moreno Carrasco

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 22 años con AP de LAM 3 diagnosticada en dic de 2016 presentando como complicaciones al tratamiento quimioterápico, síndrome ATRA, endocarditis marántica, ictus isquémico en ACMI posterior con transformación posterior hemorrágica, IAM lateral tipo 2, emoblismo arterial en MID, infección respiratoria por Legionella y VRS en fase de descanso terapéutico tras segundo ciclo quimioterápico acude al servicio de urgencias por presentar 3 episodios sincopales. El 1º ha sucedido mientras estaba sentado en el váter, dispuesto a orinar. Ha comenzado con sudoración y palidez y ha perdido el conocimiento, 1 minuto aproximadamente. Se ha recuperado progresivamente y ha emitido un vómito. A los 4-5 minutos ha tenido otro síncope con las mismas características al que se ha añadido convulsiones tónicas sobre todo de cabeza y pérdida de control de esfínteres. Recuperación posterior lenta con dificultad para el habla. 3º episodio más leve con presíncope sin mareo. Durante los 3 episodios la familia refiere haber visto pupilas dilatadas. Niega sintomatología previa. Actualmente asintomático.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, NH, NC, Eupneico en reposo, Hemodinámicamente estable. ORL: no mucositis, úvula en posición correcta. ACR: TCR, sin soplos. MVC, no otros ruidos sobreañadidos. ABD: depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni organomegalias. EEII: no edemas ni signos de TVP. Neurológico: pupilas isocóricas, con reflejo fotomotor y consensuado conservado, MOEC. GCS 15/15. Orientado en persona, espacio y tiempo. Cierta dificultad en la nominación de objetos, aunque finalmente siempre acaba diciéndolo (situación basal). No alteraciones en la campimetría por confrontación. No alteraciones en ningún par craneal. Fuerza global y sensibilidad en MMSS y MMII conservada. El paciente comenta disminución de sensibilidad en muslo derecho ya presente previamente. TC de cráneo sin contraste iv. No se aprecian imágenes que sugieran la existencia de lesión isquémica establecida aguda intracraneal. No se observan focos de resangrado agudo. Área hipodensa cortico-subcortical en región parietooccipital izquierda compatible con infarto establecido, sin cambios significativos. En su interior se observan pequeñas hiperdensidades lineales, que han disminuido de tamaño con respecto a TC previa de enero de 2017, sugerentes de restos de hemorragia petequial crónica. Ocupación parcial por material de densidad partes blandas de los senos esfenoidales y maxilares izquierdos, de características inflamatorias. Analítica. Leucocitos 3.500, PMN 78%, Hg 10,7, plaquetas 208, glucosa 119, urea 30, creatinina 0,64, sodio 137, potasio 3,7. PCR 4, TP 23. EKG en RS sin alteraciones de repolarización. EEG sin actividad patológica.

Juicio clínico: Síncope vasovagal.

Diagnóstico diferencial: Síncope cardiogénico. Convulsión. AIT. ACV.

Comentario final: dada la complejidad de la pluripatología de este paciente oncológico es muy importante realizar un diagnóstico diferencial óptimo y una elección de pruebas complementarias adecuadas a fin de actuar precozmente y disminuir riesgos.

Bibliografía

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