



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2444 - Asistolia ictal: El poder de la cabeza sobre el corazón

J.A. López Freire^a, P. Martínez Arias^a, L.E. Morales Cobos^b, S. López Aguilera^a, R. del Rey Sánchez^c, M.A. Catalán Montero^c, E. Pérez Valle^c, T. Villa Albuger^d, S. Riofrío Cabeza^f y M.D. Martos Morillo^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Universitario Las Américas. Parla. Madrid. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid. ^fMéidco Residente de 4º año. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Se trata de una mujer de 73 años que como antecedentes reseñables presenta una hipertensión arterial bien controlada con tratamiento con enalapril, y una dislipemia en tratamiento con simvastatina, que acude a nuestra consulta tras haber sufrido un episodio sincopal. Refiere que ha presentado pérdida de conocimiento, con una duración de aproximadamente 1-2 minutos, precedida de pródromos en forma de sudoración y palidez facial sin que su familiar objetivase movimientos anormales ni relajación de esfínteres, tampoco presentó periodo poscrítico.

Exploración y pruebas complementarias: Inicialmente realizamos una exploración física completa que resulta normal, un ECG que tampoco evidencia alteraciones, presentando en ese momento un TA de 135/80 mmHg, por ello decidimos vigilar evolución. Al cabo de un mes acude de nuevo tras presentar otros dos episodios similares, aunque en esta ocasión el familiar sí refiere haber percibido movimientos tónico-clónicos. Ante esta situación se decide derivar para realización de un CT de cráneo urgente que no presenta alteraciones significativas y a consultas de neurología para valoración de posibles crisis epilépticas. Valorada por Neurología, pese a presentar EEG sin hallazgos se inicia tratamiento con levetiracetam. Tras un periodo de unos 4 meses asintomática presenta nuevamente varios episodios de síncope, no objetivándose en todos ellos movimientos tónico-clónicos asociados. Para descartar posible origen cardiogénico se realiza Holter-ECG y prueba de mesa basculante sin hallazgos. Ante la persistencia de los cuadros sincopales sin existir transgresiones en el tratamiento anticomicial ni otros posibles desencadenantes se remite nuevamente a Neurología para realización de vídeo-EEG, objetivándose en ella foco epileptógeno en lóbulo temporal que asocia episodio de asistolia de 45 segundos de duración. Dado dicho hallazgo se decide colocar marcapasos permanente.

Juicio clínico: Asistolia ictal.

Diagnóstico diferencial: Crisis comiciales parciales complejas. Síncope neuromediado.

Comentario final: La asistolia ictal es un fenómeno raro aunque potencialmente grave pudiendo

incluso llegar a ser mortal. Se trata de un trastorno de la conducción cardíaca de fisiopatología desconocida, siendo una de las hipótesis la activación de la red autonómica central produciéndose activación vagal que provoque bradicardia y en algunos casos asistolia. En la inmensa mayoría de los casos descritos está involucrado el lóbulo temporal siendo probable que la descarga difunda hacia la corteza insular, amígdala y/o hipotálamo, regiones cerebrales responsables de la regulación de la función cardíaca. Los síncope que sufren estos pacientes son clínicamente similares a síncope vasovagales no epilépticos, probablemente al producirse por la hipoperfusión cerebral provocada por la asistolia que se produce. Debemos plantearnos esta patología ante pacientes con crisis de semiología de lóbulo temporal que asocien síncope de repetición. La prueba que permite el diagnóstico es el vídeo-EEG asociando simultáneamente monitorización ECG. Desde nuestra consulta de Atención Primaria, el seguimiento longitudinal del paciente nos permite sospechar esta patología en pacientes que acudan a nosotros con cuadros de síncope de repetición similares al descrito previamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serafini A, Gelisse P, Reana V, Crespel A. Cardiac asystole during cluster of right temporo-parietal seizures. *Seizure*. 2011;20:181-3.
2. Rosso BI, et al. Atonía ictal tardía en crisis temporales como signo indicador de bradiarritmia ictal cardíaca severa. *Neurol Arg*. 2015.