



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/215 - PÉRDIDA BRUSCA DE CONCIENCIA EN PACIENTE JOVEN

M. Sierras Jiménez<sup>a</sup>, S. Moreno Carrasco<sup>a</sup>, S.F. Morales Rincón<sup>b</sup> y E. Barbero Rodríguez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte.

Granada. <sup>b</sup>Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte.

Granada. <sup>c</sup>Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte.

Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 20 años que realiza aviso domiciliario a su médico de familia por pérdida de consciencia. A destacar como antecedentes personales, ser futbolista semi-profesional sin hábitos tóxicos. A nuestra llegada paciente consciente y orientado, recuerda lo acontecido. Refiere mientras estaba hablando con su novia de pie, ha presentado un episodio brusco de pérdida de consciencia, sin pródromos, golpeándose la cabeza contra la mesa. Permaneció dos minutos inconsciente, despertándose levemente aturdido, recuperándose completamente en menos de 15 minutos. Niega dolor torácico y disnea. Niega palpitaciones los días previos ni en el momento del episodio, niega ningún dato sugerente de TVP, ni de enfermedad maligna evidente. No datos de focalidad neurológica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientado, colaborador. Buen estado general. Eupneico en reposo sin trabajo respiratorio. TAS 133. TAD 78. FC 92. SAT O2 98%. Tª 36 °C. CYC: pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares extrínsecos conservados. No rigidez de nuca. No IY. No adenopatías. ACR: tonos arrítmicos sin soplos, frecuencia elevada. Buen murmullo vesicular bilateral, no ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias. No doloroso a la palpación. Murphy negativo. Blumberg negativo. Ruidos intestinales presentes y normales. MMII: no edemas. Pulsos pedios presentes y simétricos. Exploración neurológica: Glasgow 15. Consciente y orientado en las tres esferas, tiempo espacio y persona. No afectación pares craneales. No signos de irritación meníngea. Romberg negativo. Marcha conservada. --ECG: FA de onda gruesa a unos 90 lpm. Sin alteraciones agudas en la repolarización. Bloqueo incompleto de rama derecha. No se observa vía. ECG control: ritmo sinusal a 66 lpm. BIRDHH. QRS estrecho. Eje normal. No alteraciones de la repolarización. Rx tórax: ICT normal. No condensación. No derrame ni datos de neumotórax. Analítica: parámetros en intervalo normal. Telemetría: durante toda su estancia en ritmo sinusal, sin episodios de arritmias o pausas. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo de diámetros, paredes y fracción de eyección normales. Patrón diastólico normal. Aurícula izquierda normal. Ventrículo derecho de diámetros, paredes y fracción de eyección normal. Aurícula derecha normal. Válvulas izquierdas sin alteraciones estructurales ni funcionales significativas. Válvulas derechas sin alteraciones estructurales ni funcionales significativas. Ausencia de derrame pericárdico.

**Juicio clínico:** Fibrilación auricular paroxística sin cardiopatía estructural. Síncope por reentrada.

**Diagnóstico diferencial:** Miocarditis. Valvulopatía. Síndrome de Wolff Parkinson White. Intoxicación por sustancias. Uso de anabolizantes.

**Comentario final:** Ante un paciente joven, con actividad física intensa, debemos descartar cardiopatía estructural, síndrome de reentrada, uso de sustancias nocivas o anabolizantes. Así mismo en función de los resultados obtenidos mediante las pruebas complementarias debemos tomar actitud terapéutica y recomendar un nivel óptimo de ejercicio físico según su patología.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Guía de Actuación en Atención Primaria. 4ª ed. SemFYC; 2011.