



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3115 - ¿NO DECÍA QUE ERAN NORMALES?

J.L. Cepeda Blanco<sup>a</sup>, L. Alli Alonso<sup>b</sup>, M.P. Carlos González<sup>c</sup>, A. Aldama Martín<sup>d</sup>, P. Bermúdez Martí<sup>e</sup>, M.J. Labrador Hernández<sup>e</sup>, V.E. Choquehuanca Núñez<sup>f</sup>, V. Acosta Ramón<sup>e</sup>, N. Santos Méndez<sup>g</sup> y J. Andino López<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. <sup>g</sup>Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 56 años de edad, inmovilizado por fractura de tibia hace 3 días en tratamiento con enantyum, hibor y augmentine que requiere consulta a domicilio por cuadro vertiginoso. Exploración neurológica sin alteraciones. Se le administra dogmatil, con lo que el cuadro remite. Pocos minutos después presenta convulsión tonicoclónica, con estupor poscrítico. Se deriva al hospital y, de camino, sufre otro cuadro convulsivo. A su entrada en urgencias se encuentra consciente y orientado, no refiere ninguna sintomatología los días previos salvo un leve dolor en la pierna y el cuadro vertiginoso (refiere heces normales...). Durante la anamnesis se hipotensa rápidamente. Se infunden expansores de volumen, se pide analítica y TC craneal una vez estabilizado el paciente. Poco después el paciente realiza deposición melénica, que según refiere comenzó tras inicio de tratamiento con Heparina.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 36 °C. TA: 88/58, Fc: 115. SatO<sub>2</sub>: 99%. El paciente presenta palidez cutánea. Auscultación, abdomen, extremidades sin alteraciones. Sin focalidad neurológica. Analítica: Leucos 11. Hemoglobina 6. Hematocrito 18. VCM: 94. Plaquetas: 275. Glucosa: 167. Filtrado: > 90. Actividad protrombina: 75. Resto normal. TAC cerebral: normal. EDA: (duodeno) úlcera lineal de 2 × 0,5 cm con bordes congestivos.

**Juicio clínico:** Hemorragia digestiva alta + convulsiones por bajo gasto.

**Diagnóstico diferencial:** Fenómenos paroxísticos no epilépticos. Sincope: neurocardiogénico, vasovagal, ortostático, cardíaco. Cerebrovascular: AIT. Migraña con aura. Movimientos anormales: distonías, hipereplexia. Psicógenas: ataques de pánico, estados disociativos, pseudocrisis. Encefalopatías tóxicas y metabólicas. Sensoriales: vértigo paroxístico, defectos de visión. Alteraciones gastrointestinales: cólicos abdominales. Fenómenos endocrinos paroxísticos: feocromocitoma.

**Comentario final:** Se transfunden 3CH, normalizando Hb, se inicia perfusión de omeprazol y se ingresa al paciente en digestivo. El paciente evoluciona favorablemente y se le da de alta poco después. Inicialmente se relaciona la crisis con la toma de Dogmatil, no obstante, debemos guiarnos

por la anamnesis y la clínica del paciente, sin asumir certezas. En este caso concreto, ejemplifica también cómo es fundamental que el paciente entienda lo que se le pregunta, ya que inicialmente atestiguaba realizar deposición "normal" y sin embargo queda patente al final que sabía que era diferente desde hacía unos días.

### **Bibliografía**

1. Carreño M. Recognition of nonepileptic events. *Semin Neurol.* 2008;28:297-304.
2. McKeon A. Seizure versus syncope. *Lancet Neurol.* 2006;5:171-80.

**Palabras clave:** *Urgencias.*