

SESION EN RED 8 DE JUNIO DE 2016

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Ponente: Dr Iván Pérez de Pedro

Cuadros sincopales y paradas respiratorias de repetición

Antecedentes personales

Varón de 32 años de nacionalidad española, informático de profesión, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador y bebedor esporádico, no consumidor de otras drogas.

Fue estudiado por crisis de dolor abdominal y de diarrea con 2 colonoscopias normales diagnosticado por tanto de Colon Irritable con tratamiento esporádico con loperamida.

Como antecedentes familiares padre intervenido de Estenosis aórtica congénita en varias ocasiones.

Enfermedad Actual

1º Episodio Marzo de 2006

Episodio de mareo, palidez, pérdida de conocimiento, relajación de esfínteres y emisión de “espuma por la boca”. Requirió IOT, y estancia Observación durante 24h. Analítica urgente, TAC Craneal normal, EKG normal. Es dado de alta con diagnostico de síncope, pendiente de Ergometría.

2º Episodio Noviembre 2007

Mientras trabajaba (recepción de Gimnasio) comienza con disnea súbita, palpitations, sudoración profusa, sin dolor torácico, junto a eritema facial y finalmente perdida de conocimiento.

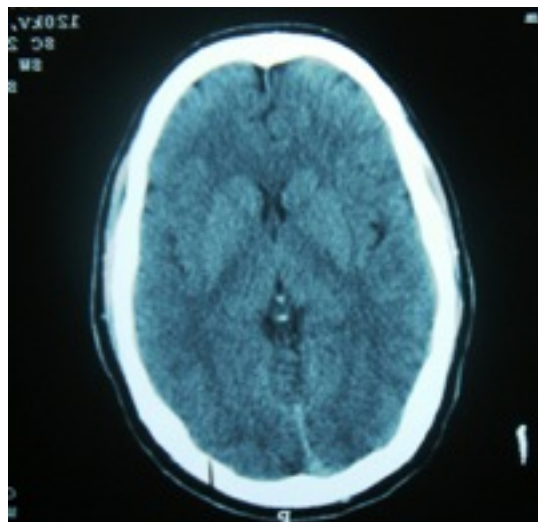
A la llegada de 061 TA 70/40, Sat 59%, Fc C 110, presenciando parada respiratoria. Se realiza varios intentos de intubación no exitosos, con colocación de mascarilla laríngea finalmente.

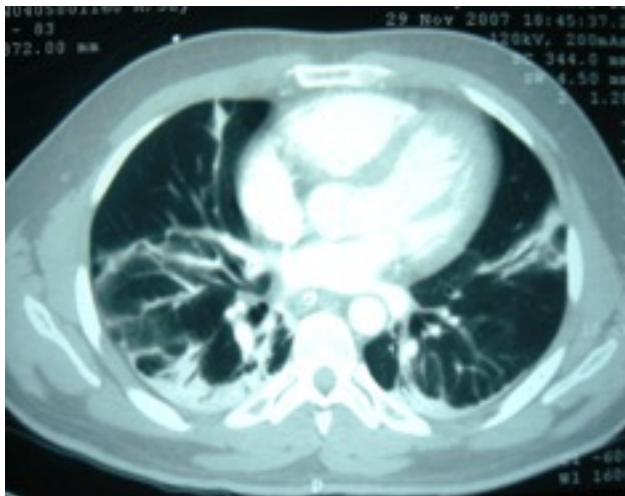
En Observación TA 90/60, Fc C 90, Sat 100%. Destaca ingurgitación yugular, facies congestiva e inyección conjuntival. AC: RyR a 100. AR: MVC sin ruidos patológicos. AB: ByD. EEII: No edemas ni signos TVP. Se procede a IOT con tubo 7'5 muy dificultosa por laringe anterior y estrecha, con secreciones sanguinolentas.

Hb 14'6, Pla_q 257000, **Leuc 12900** (N 67%). Hemostasia: No coagula, Dímero D 371. **Glu 209**, Urea 33, **Cr 1'6**, Na 145, K 3'2, CPK-MB 1'9, Trop I 0'03. Gasometría Venosa **7'192**, PCO₂ 62, PO₂ 72'9, HCO₃ 19'5. Orina: Sedimento N, Proteínas ++, C.Cetónicos +, Hb +. BDZ (+), Cannabis, Opiáceos, Cocaína, Anfetaminas, Barbitúricos y Tricíclicos (-).
EKG: RS a 75 lpm sin alteraciones repolarización.



Ecocardiografía Transtoracica: VI de tamaño y función normal.
IT leve con gradiente AV 21 mmHg. Eyección aórtica normal.
No otras anomalías valvulares. Cavidades derechas de tamaño normal. No derrame pericárdico.





AngioTAC: Múltiples colapsos segmentarios y subsegmentarios bilaterales con algunas dilataciones bronquiales que pudieran estar en relación con tapones mucosos. A nivel traqueal se observa una lesión que hace protrusión en la luz que disminuye el calibre.

Fibrobroncoscopia: Tapón mucoso a nivel de tráquea que se aspira.

Se retira TOT observando tráquea con signos inflamatorios agudos y abundantes secreciones, sin lesiones en la pared.

Durante su estancia en UCI: Presenta estabilidad hemodinámica y respiratoria, con ritmo sinusal lento, que permite extubación. Reinterrogando en el episodio nota palpitations fuertes y rápidas percibidas en el cuello. Se realiza Ecodoppler MMII sin signos de trombosis. Ante sospecha de arritmia maligna se deriva a Unidad de Arritmia de Hospital Clínico.

En la Unidad de Arritmología:

Ergometría: Respuesta tensional al ejercicio normal. Sin aparición de arritmias.

Prueba clínica y eléctrica negativa al 93 % de la FC C Máxima 10'5 METS.

PFR: FVC 83 %, FEV1 93 %, IT 92'7 %.

ECO ABDOMEN Y TIROIDES: Esplenomegalia 15'7 cm.

CARDIO RMN: VI y VD de características normales, sin infiltración grasa ni fibrosa y sin realce de gadolinio.

GAMMAGRAFIA V/P: Sin signos de TEP.

ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO: Normal, sin taquiarritmias inducibles.

Es dado de alta sin diagnostico concluyente.

3º Episodio Febrero de 2008

Paseando por paseo marítimo, mareo, parestesias, perdida de conocimiento, relajación de esfínteres y crisis tónico clónica.

Acompañante (medico) detectan PCR e inician RCP básica durante 5 minutos hasta llegada de asistencia. El 061 detecta TA 80/45, FC C 130 lpm, Glasgow 3, procede a IOT.

En Observación: TA 140/80, Fc C 100, exploración anodina salvo inyección conjuntival y mala perfusión distal. Es ingresado en UCI.

TAC Craneal: Normal

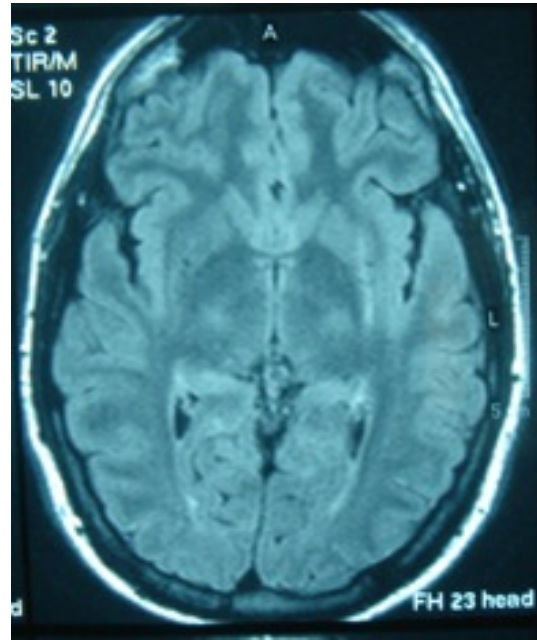
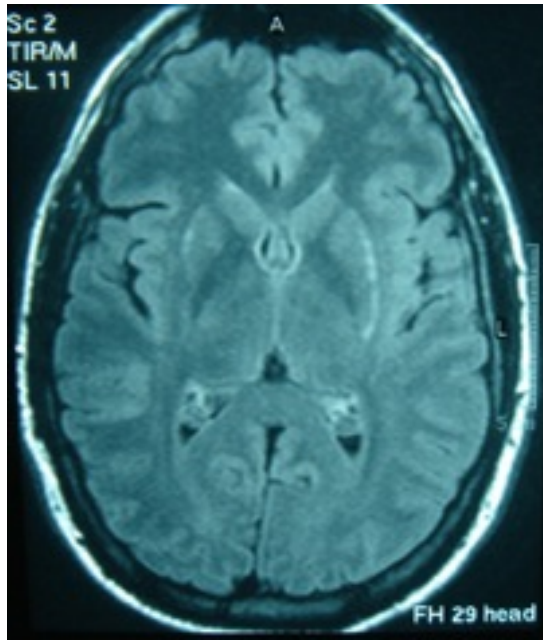
Permanece estable hemodinámicamente, sin alteraciones electrocardiográficas, ni nuevos episodios convulsivos.

Dado que se ha descartado origen cardiogénico y respiratorio se ingresa en Neurología para completar estudio.

En Neurología:

EEG: Actividad de base dentro de la normalidad, sobre la que se observan muy aislados brotes de frecuencias lentas (theta) con morfología aguda en región temporal del hemisferio izquierdo. Compatible con disritmia irritativa focal temporal izq.

EEG PRIVACION SUEÑO: Normal.



RMN: Lesiones lineales hiperintensas en capsulas externas, mas evidente en el lado izq. Presentan restricción en la difusión por lo que la primera posibilidad edema citotóxico en un evento isquémico agudo-subagudo.

Se realiza Interconsulta a Medicina Interna, se solicita una prueba que da el diagnóstico.