



No siempre es evidente la solución

En cualquier consulta, lo primero que debería tenerse en cuenta son las causas que puedan poner en peligro la vida del paciente. Una vez descartadas éstas, no debería demorarse la sospecha de otros motivos para evitar un retraso diagnóstico evidente.

Caso clínico

Palomo Sanz V¹, Orío Moreno E¹, Bárcena Miguel R², Zancada Martínez B¹, Morales Gutiérrez F², Ruiz Arriazu A²

¹Médico

²DUE

Centro de Salud de Torrelaguna (Madrid)

Mujer de 25 años, de etnia gitana, sin antecedentes patológicos de interés, casada desde hace 10 años. Tiene dos hijos de 9 y 6 años sanos, fruto de embarazos y partos normales.

Acude a su médico por haber presentado el día anterior (domingo) un episodio de pérdida de conciencia de unos 5 minutos de duración, sin mordedura de lengua ni convulsiones. La llevaron a su Centro de Salud (CS) y desde allí la remitieron para estudio al hospital, con ECG y exploración física normales, porque tras recuperar la consciencia a los pocos minutos la volvió a perder (sin palidez, sudoración, convulsiones, estado poscrítico ni alteración del pulso o presión arterial). En el hospital fue normal la exploración física, el ECG y la analítica. Le diagnosticaron síncope en contexto de ingesta etílica (había bebido 2 vermouts) y dieron el alta sin tratamiento.

A los tres días se repite el cuadro sincopal (de mismas características que el anterior). Es trasladada nuevamente al Hospital; allí repiten la exploración, analítica de sangre, iones, coagulación, bioquímica y ECG que son normales. En una TAC cerebral aparece una imagen de posible infarto lacunar antiguo de 6 mm en putamen izquierdo. Aunque la lesión del TAC no parece tener relación con el síncope, se le recomienda estudio por Neurólogo y su médico

de cabecera, además de repetir analítica (hematimetría, iones, coagulación, perfil hepático, lipídico y tiroideo), la deriva también al Cardiólogo. La paciente se queja de cefalea y sensación de mareo sin claro giro de objetos, con exploración neurológica y cardíaca normales, por lo que se prescribe paracetamol a demanda y sulpiride 50 mg en cada comida.

Quince días más tarde la paciente vuelve a consulta, en este caso para pedir algún medicamento para dormir, ya que tarda horas en conciliar el sueño desde los episodios sincopales. Cuenta que la cefalea y la sensación de mareo remitieron en pocos días, pero ha tenido otros dos o tres episodios de pérdida de conciencia de minutos de duración, que recupera antes de llegar al CS. En todas las ocasiones la exploración a su llegada es normal, así como la PA y el ECG, pero por presiones de la familia ha vuelto a acudir a Urgencias hospitalarias, donde no encontraron alteraciones. En la analítica, salvo una leve anemia (Hb 11,5 g/dl), no hay alteraciones. Finalmente se prescribe diazepam 5 mg antes de acostarse.

Unos días después la paciente sufre nuevo síncope de diez minutos de duración, de características similares a los anteriores, y los familiares vuelven a llevarla al Hospital. Es valorada por neurólogo y las

pruebas (ECG y analítica) son negativas. Como está pendiente de Holter ECG por el Cardiólogo y de RMN y electroencefalograma por el neurólogo, recomiendan seguir estudio. La paciente, en consulta, sigue diciendo encontrarse bien, salvo cefalea (holocraneal no pulsátil, que no cede con ibuprofeno, paracetamol ni desketoprofeno), y que no duerme (ha probado diazepam 5 mg, zolpidem 5 y 10 mg, sin resultado). Llama la atención el relato tan sereno de sus episodios sincopales que hace la enferma, sin aparente ansiedad ni preocupación por los mismos, por lo que se interroga a la enferma por síntomas de estrés, de ansiedad o depresión; ella niega cualquier síntoma ni problema. No obstante reconoce que su padre –al que estaba muy unida– tuvo problemas con el alcohol y

había fallecido 2 años antes de un tumor pulmonar, que sus tres hermanos están en la cárcel por asuntos de drogas y que no tiene relación con su madre –que padece depresiones– porque se volvió a casar en contra de la voluntad de su familia. La cuñada de la paciente en esa entrevista dice que cree que todo lo que le pasa es porque lleva meses intentando adelgazar por su cuenta, que apenas come y otras veces se atraca y se provoca el vómito después. La enferma por su parte reconoce que ello fue cierto, que inició una dieta para adelgazar y sentirse mejor hacía unos cuantos meses, pero como iba muy despacio se provocaba el vómito hasta que perdió unos 30 Kg en los últimos seis meses, pero que ya no lo hacía (dicha afirmación era sin duda una exageración, porque su médico la había visto en diferentes ocasiones en los últimos años y nunca había pesado

10 Kg más que en ese momento, en que para una talla de 156 cm pesaba 63 Kg). Con estos antecedentes y algún comentario del esposo –fuera de la consulta– acerca de que parecía que “los ataques le daban” cuando él se iba de casa, se convence a la paciente de que debe ser vista por el psiquiatra pues

“quizás los ataques tuvieran origen en algún problema de nervios”. A la vez se inicia tratamiento con paroxetina, 20 mg en desayuno, bromazepam, 1,5 mg en cada comida, y la indicación de que vuelva al cabo de 10 días.

La paciente vuelve a la semana refiriendo encontrarse más tranquila y que no ha vuelto a presentar síncope. Se queja de insomnio de conciliación y de que persiste la cefalea, pero se halla animada a acudir a la cita con el psiquiatra (en 45 días por ser

preferente). Se mantiene el tratamiento igual y se le pide que vuelva al cabo de 2 semanas.

Diez días después vuelve con un informe de urgencias del CS donde acudió la tarde anterior por vómitos repetidos y vértigo. La exploración fue normal y le prescribieron domperidona. Ahora se encuentra mejor, dice seguir con el tratamiento y niega cualquier problema. Al día siguiente acude a urgencias nuevamente por presentar dos vómitos y tras el último un episodio de pérdida de conciencia de 3 minutos, del que se recuperó antes de llegar al CS. La enferma dice estar ahora bien, mantiene un discurso coherente y aparentemente no se encuentra nerviosa ni preocupada por lo sucedido. La exploración física es rigurosamente normal, pero se deriva al psiquiatra de la urgencia hospitalaria para valoración, con los diagnósticos de trastorno adaptativo



mixto, trastorno del comportamiento alimentario y probables reacciones de conversión.

A los 4 días vuelve la paciente. Efectivamente acudió al psiquiatra del hospital, que le cambió el tratamiento a fluoxetina, 20 mg en desayuno durante 15 días, para aumentar a 40 mg posteriormente, y clorazepato, 10 mg en cada comida. Sin embargo, al día siguiente hubieron de llevarla de nuevo al hospital, porque, tras discusión con su esposo por las alteraciones en la alimentación, ingirió un envase entero de bromazepan. Estuvo ingresada 3 días para observación y le dieron el alta con el mismo tratamiento anterior y, añadidos a los anteriores, los diagnósticos de intoxicación medicamentosa voluntaria y trastorno de personalidad con rasgos histriónicos e inestabilidad emocional.

COMENTARIO

Ante un cuadro de síncope repetidos es lógico descartar en primer lugar las causas orgánicas que pueden poner en peligro la vida de un paciente, pero los motivos psiquiátricos deberían haberse sospechado antes del sexto o séptimo episodio, tanto por los médicos de urgencias hospitalarios (de dos hospitales diferentes) como por los del CS o especialmente por el médico de cabecera.

Seguramente contribuyó al retraso diagnóstico el que los episodios sincopales remitieran poco antes de llegar al centro sanitario y por ello ningún facultativo pudo hacer una exploración con la paciente "inconsciente". Por otra parte, debería habernos llamado la atención que ninguno de los síncope (8 en total) sucediera a la paciente por la mañana (cuando su esposo estaba en el trabajo y no disponía de espectadores). Felizmente fue la manera "tan distante y despreocupada de relatar los hechos de la paciente" la que nos hizo plantearnos una posible historia como causa del cuadro.

El incidentaloma –infarto lacunar– hallado en la TAC cerebral (si es que se confirma con la RMN) con toda probabilidad no tiene relación con el cuadro.