

SÍNCOPE VASOVAGAL EN URGENCIAS: EN QUÉ DEBEMOS PENSAR

Belmonte Martín de Santa Olalla B¹, Quílez Calleja B¹, Montañés Martín M¹, Gálvez Villarrubia V¹, Pérez Fernández C², Barrio Torres J.²

Servicio de Pediatría¹. Sección de Gastroenterología Pediátrica². Hospital Universitario de Fuenlabrada

INTRODUCCIÓN

El síncope es un motivo de consulta frecuente en la Urgencia pediátrica debido a su prevalencia (hasta de un 15%) y la preocupación que suelen generar. Se deben a la pérdida transitoria del flujo sanguíneo cerebral, siendo la gran mayoría de origen vaso vagal y carácter benigno.

CASO CLÍNICO

Niño de 12 años que acude a urgencias por episodio de pérdida de conciencia con rigidez de miembros y pérdida de control de esfínteres. Había sido valorado 24 horas antes por dolor abdominal generalizado, vómitos autolimitados y cefalea frontal de 2 días de evolución, presentando episodio presincope con hipotensión (65/35 mmHg) en urgencias por lo que se expandió con suero salino fisiológico, se realizó un electrocardiograma, normal, y analítica sanguínea donde destacaba anemia microcítica (10.3 g/dl). Tras unas horas con sueroterapia intravenosa fue dado de alta por buena evolución.

En la exploración física presenta marcada palidez cutánea, sudoración profusa, hipotensión arterial (75/30 mmHg) y bradicardia, por lo que se expandió con SSF y se extrajo analítica en la que se objetivó anemización de 4 puntos (Hb de 6.6 g/dl) con respecto a 24 horas antes. Se transfundió concentrado de hematíes, con estabilización hemodinámica posterior.

El paciente refería dolor abdominal de larga evolución y anemia ferropénica de origen carencial tratado con ferroterapia oral. Había consumido AINES días antes por cefalea.

Se realizó en urgencias TAC abdominal y cerebral sin alteraciones.

Tras estabilizar a la paciente se realizó endoscopia digestiva alta en la que se evidenció sobre bulbo deformado una úlcera levemente excavada con fibrina, con sangrado activo. Nodularidad antral y test de ureasa positivo. Esófago con imagen sugestiva de esofagitis eosinofílica (edema, surcos longitudinales, exudados blanquecinos, score Hirano 3)

Microscópicamente presentaba gastritis crónica erosiva, asociada a *Helicobacter pylori*. Y en esófago infiltrado inflamatorio con predominio de eosinófilos (>50 en campo de gran aumento), sugestivo de esofagitis eosinofílica.

Se inició tratamiento con omeprazol a (40 mg cada 12 horas, siendo dado de alta por buena evolución.

Ha realizado tratamiento con triple terapia frente al HP según sensibilización (OMA, 2 semanas)

Tiene pendiente realizar control endoscópico de curación ulcus y de Esofagitis eosinofílica.



COMENTARIOS

- ✓ Ante un paciente con anemización aguda sin antecedente traumático se debe pensar en hemorragia de origen digestivo como primera causa.
- ✓ La anamnesis es fundamental. En este caso el antecedente de dolor abdominal previo hizo pensar en patología GI de base.
- ✓ La ingesta de AINEs pudo ser la causa del sangrado en paciente con patología ulcerosa no estudiada de base.
- ✓ La coexistencia de esofagitis eosinofílica con una GCA por HP es frecuente como en el caso descrito