

## Síncopes de repetición

Mourete Díaz, Silvia<sup>1</sup>, Contreras Martínón, Francisco<sup>2</sup>, Somoza Digón, Jorge<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico especialista en neurofisiología clínica. Sanatorio quirúrgico Modelo de A Coruña.

<sup>2</sup> Médico de familia. Médico coordinador de la central de coordinación de urgencias sanitarias 061 de Galicia (CCUS).

Cad Aten Primaria  
Año 2011  
Volume 18  
Páx. 251-251

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 39 años que acude a la consulta de su médico de atención primaria muy angustiado porque lleva sufriendo desde hace varios años y en diferentes condiciones episodios de pérdida de conocimiento súbitas sin dolor torácico previo que duran unos 10 ó 15 minutos y que recupera espontáneamente. Suelen ocurrirle durante el día mientras realiza sus actividades cotidianas. Por este motivo ha acudido en diversas ocasiones al servicio de urgencias hospitalarias y todas las pruebas que le han practicado (ECG, analítica con enzimas cardíacas, TAC, EEG) resultaron normales. En este momento se encuentra asintomático.

En ocasiones el enfermo refiere que nada más recuperarse sufre alucinaciones en forma de "presencias extrañas en la habitación o en el pasillo" que suelen ser terroríficas y que le provocan miedo a

volver a sufrir el cuadro por el rechazo que le producen.

Entre sus antecedentes destacan sobrepeso (IMC: 27.8) y Diabetes Mellitus tipo 2 a tratamiento con medidas higiénico-dietéticas y metformina 850 mg (1-1/2-1).

Con los datos de los que dispone, ¿qué le sugiere el cuadro?

- a) Síncope de origen cardiológico
- b) Síncope de origen neurológico
- c) Narcolepsia
- d) Esquizofrenia
- e) Epilepsia

#### Correspondencia

Silvia Mourente Díaz

Sanatorio Quirúrgico Modelo. C/ Virrey Osorio núm: 30. CP: 15011. A Coruña  
Email: silviadourente@hotmail.com

un seguimiento evolutivo del paciente por muy pequeño que sea el territorio afectado.

## BIBLIOGRAFÍA

- Galassi G, Girolami F, Nobile-Orazio E, Funakoshi K, Ariatti A, Odaka M. Acute hand weakness as a regional variant of Guillain-Barré syndrome. *Eur J Neurol*. 2009 Mar; 16(3): e49.
- George A, Abdurehman P, James J. "Finger drop sign" in Guillain-Barré syndrome. *Neurol India*. 2009 May-Jun, 57(3):282-6.
- Harrison. Principios de Medicina Interna vol II. 16 ed. Mc Graw-Hill. 2006. P. 2804.
- Mori I, Koga M, Hirata K, Yuki N. Hand weakness onset Guillain-Barré syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004 Jan; 75(1): 169-70.
- Mori M, Takagi K, Kuwabara S, Hattori T, Kojima S. Guillain-Barré syndrome following hand-foot- and- mouth disease. *Intern Med*. 2000 Jun; 39(6):503-5.
- Scherer K. Radial nerve palsy in Guillain-Barré syndrome. *J Clin Neuromuscul Dis*. 2009 Sep; 11(1):31-4.

## RESULTADO AL CASO CLÍNICO SÍNCOPES DE REPETICIÓN

La narcolepsia tiene una prevalencia entre 13 y 67 casos por 100.000 habitantes. Predomina ligeramente en el género masculino y suele comenzar a manifestarse entre los 15 y 40 años. Los síntomas suelen aparecer progresivamente. La primera manifestación clínica suele ser la somnolencia diurna. Tras esta, unos seis años después, aparece la cataplejía. Aunque no existen demasiados estudios relacionados con los factores medioambientales, la mayoría de los autores señalan la incidencia de la enfermedad en periodos de estrés psicológico.

Los "accesos de sueño irresistibles" tienen una duración variable y consisten en siestas inoportunas, repetidas y refrescantes, de breve duración (unos 15 minutos) que habitualmente ocurren en situaciones pasivas, pero también durante las actividades cotidianas.

Los "ataques de cataplejía" son episodios de pérdidas bruscas del tono muscular bilateral, desencadenados por factores emocionales (risa, sorpresa, susto, etc...), de duración comprendida entre algunos segundos y no más de dos minutos. Los músculos respiratorios no se ven afectados durante los accesos.

Las "alucinaciones hipnagógicas" (al inicio del sueño) o "hipnopómpicas" (al despertar del sueño) son enormemente vívidas en los enfermos de narcolepsia.

La narcolepsia se diagnostica tardíamente debido a que los pacientes consultan muchos años después de la aparición de los accesos de somnolencia durante el día. El diagnóstico es eminentemente clínico y se confirma con un protocolo en el que se incluyen pruebas subjetivas

(agenda de sueño de 15 días, escala de narcolepsia de Ullanlinna y escala de somnolencia de Epworth (Tablas 1 y 2)) y pruebas objetivas (polisomnograma (PSG) de ocho horas, seguido, a la mañana siguiente, de una prueba múltiple de latencia de sueño (MSL). El estudio PSG + MSL se debe hacer sin tratamiento psicótropo durante al menos 15 días). El estudio diagnóstico se debe completar con estudio inmunogenético buscando antígenos HLA DR2-DQ1 positivos y con niveles de hipocretina en líquido cefalorraquídeo bajos.

Al interrogatorio dirigido, el paciente que se muestra en el caso clínico refiere que siempre notó antes de la caída al suelo una sensación de sueño irrefrenable y que a continuación se queda profundamente dormido durante 15 ó 20 minutos.

El paciente fue derivado a la unidad del sueño de referencia a través de su neurólogo con la sospecha de narcolepsia y tras realizarle una historia clínica completa incluyendo la escala de **Ullanlinna** y rellenar una agenda de sueño durante 15 días por el propio paciente se decide hacerle una polisomnografía con un test de latencia múltiple del sueño que confirman la sospecha diagnóstica de narcolepsia.

El tratamiento consiste en medidas farmacológicas y no farmacológicas. La higiene del sueño es fundamental: el paciente debe dormir un número de horas suficiente y evitar la privación del sueño. La prescripción de siestas programadas, de una a tres veces diarias y de 10-30 minutos de duración, pautadas a lo largo del día suele ser muy eficaz. En el caso de que se trate de un paciente en edad escolar debemos explicar a sus profesores la importancia de estas siestas.

**TABLA 1: Escala de narcolepsia de Ullanlinna**

Escala de narcolepsia de Ullanlinna. Es un cuestionario de cuatro apartados sobre los dos síntomas principales: accesos de sueño y ataques de cataplejía. El punto de corte es 14, la sensibilidad es del 100% y la especificidad del 96,8%. (modificada de Hublin et al.).

1. Cuando se ríe, se enfada o en cualquier situación de excitación, ¿le sucede bruscamente alguno de los síntomas siguientes?					
MANIFESTACIÓN	Nunca	1-5 veces en toda mi vida	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente
Se le doblan las rodillas					
Se le abre la boca					
Se le cae la cabeza					
Se cae al suelo					
2. ¿Cuánto tarda en dormirse por la noche?					
	> 40 min	31-40 min	21-30 min	10-20 min	< 10 min
3. ¿Cuánto tarda en dormirse por la noche?					
SITUACIÓN	Mensualmente	Semanalmente o menos	Diariamente	Varias veces durante el día	
Leyendo					
Viajando					
De pie					
Comiendo					

**TABLA 2: Escala de somnolencia de Epworth**

¿Con qué frecuencia se queda usted dormido en las siguientes situaciones? Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían.

Utilice la siguiente escala y elija la cifra adecuada para cada situación:

0 = nunca se ha dormido. 1=escasa posibilidad de dormirse. 2= moderada posibilidad de dormirse. 3= elevada posibilidad de dormirse.

SITUACIÓN	PUNTUACIÓN
Sentado y leyendo	
Viendo la TV	
Sentado, inactivo en un espectáculo (teatro...)	
En coche, como copiloto de un viaje de una hora	
Tumbado a media tarde	
Sentado después de la comida (sin tomar alcohol)	
En su coche, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico	
<b>Puntuación total (máx. 24)</b>	
<b>RESULTADOS:</b>	
- Entre 0 y 6: no tiene somnolencia diurna, está dentro de los límites normales.	
- Entre 7 y 13: ligera somnolencia diurna.	
- Entre 14 y 19: moderada somnolencia diurna.	
- Entre 20 y 24: somnolencia diurna grave.	

En el caso de que el horario laboral del paciente no permita estas interrupciones debemos recomendar que no deben saltarse al menos la siesta de después de la comida. En cuanto a la dieta debemos recomendar el consumo de café, dieta baja en hidratos de carbono y alta en proteínas. El tratamiento farmacológico es sintomático y va encaminado a mejorar los síntomas cardinales que afectan en mayor o menor medida al paciente. Los accesos de sueño diurno se tratan con estimulantes (anfetaminas), metilfenidato y el modafinil.

La narcolepsia-cataplejía es una enfermedad conocida desde el siglo XIX, relativamente frecuente e infradiagnosticada. El diagnóstico es clínico y se basa en dos síntomas fundamentales: accesos de sueño irresistibles durante el día y ataques de cataplejía desencadenados por emociones. Desde atención primaria debemos tener presente este diagnóstico e identificar los síntomas de la misma. Debemos interrogar a nuestros pacientes y así contribuir a acortar el tiempo que tarda en ser diagnosticada desde que aparecen los primeros síntomas. Podemos utilizar escalas como la de **Epworth y Ullanlinna** para valorar los hábitos de sueño de nuestros pacientes y orientar el diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

- León-Muñoz L, De la Calzada MD, Guitart M. Prevalencia de accidentes en un grupo de pacientes afectos de síndrome narcolepsia-cataplejía. Rev Neurol 2000; 30: 596.
- Peraita-Adrados R. Neurobiología de la narcolepsia. Neurología 2002;17: 307-9.
- In Sataeia MJ. The International Classification of Sleep Disorders. American academy of sleep medicine. Westchester: 2005.
- Ferri R, Franceschini C, Zucconi M, Drago V, Manconi M, Vandi S, Poli F, Bruni O, Plazzi G. Sleep polygraphic study of children and adolescents with narcolepsy/

cataplexy. Dev Neuropsychol. 2009.

5. De Vicente Álvarez-Manzaneda E. Avances en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de narcolepsia-cataplejía. Rev neurol 2008; 46:550-556.6.

6. Prospéro-García O, M. Méndez-Díaz K, Ruiz-Contreras A. Genes del sueño. Rev neural 2009;48: 199-206.