Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):31

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/452 - SÍNCOPE CARDIOGÉNICO

C. Fortuny Henríquez[a], L. Gómez Ruiz[b], A. Fernández Serna[c], Á. González Díaz Faes[d], L. de la Fuente Blanco[e], S. Díez Martínez[f], M.J. Arques Pérez[g] y A. Blanco García[h]

[a]Médico Residente. Centro de Salud La Marina. Santander. [b]Médico Residente. Centro de Salud General Dávila. Santander. [c]Médico Residente; [g]Médico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander. [d]Médico Residente Endocrinología; [e]Médico Residente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [f]Médico de Familia. SUAP Alisal. Santander. [h]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 85 años con antecedentes personales de HTA, AC X FA, HBP, gammapatía monoclonal IG kappa 1. Tratamiento: sintrom, enalapril, atenolol. Acudió a centro de salud por síncopes de repetición de breve duración y recuperación espontánea desde hace 24 horas sin síntomas premonitorios. No dolor torácico, no palpitaciones, no cefalea ni síntomas comiciales. Se objetiva TA 100/60, ECG ritmo nodal a 37 lpm. Se deriva a urgencias

Exploración y pruebas complementarias: TA 111/54; FC: 40 lpm; Sat 98%; ACP: rítmico no soplos, hipoventilación. Abdomen: anodino; ECG: ritmo nodal 53 lpm, al ingreso. FA 110 lpm con RVR durante ingreso. Analítica y Rx tórax anodina.

Juicio clínico: Síncope cardiogénico. Disfunción sinusal.

Diagnóstico diferencial: Síncope reflejo o neuromediano (vasovagal, situacional, síndrome de seno carotídeo, formas atípicas; síncope cardiogénico (bradiarritmia, taquiarritmia, cardiopatía estructural); hipotensión ortostática, síncope neurológico. Crisis epiléptica, psicógena.

Comentario final: El paciente fue ingresado para instauración de marcapasos definitivo. Concluimos que el síncope es una entidad muy prevalente que es causa de frecuente consulta en atención primaria. El ECG junto con los datos que nos proporciona el enfermo nos orientará la gravedad. Tener en cuenta, la sospecha de cardiopatía cardiaca o neurológica además de síncopes de alto riesgo (en decúbito, tras el esfuerzo, de repetición, coincidiendo con disnea y o dolor torácico) para derivar a urgencias para realización de pruebas complementarias. En los pacientes que presentan un síncope debido a una causa cardiaca, a veces es la primera manifestación de la enfermedad y puede ser un marcador de mal pronóstico, con riesgo de muerte súbita.

Bibliografía

1. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, Chen MH, Chen L, Benjamin EJ, et al. Incidence and prognosis of syncope. N Engl J Med. 2002;347:878-85.
2. Ganzeboom KS, Mairuhu G, Reitsma JB, Linzer M, Wieling W, Van Dijk N. Lifetime cumulative

incidence of syncope in the general population: a study of 549 Dutch subjects aged 35-60 years. J Cardiovasc Electrophysiol. 2006;17:1172-6.

Palabras clave: *Sincope.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.