Semergen. 2016;42(Espec Congr 3):1

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

P-001 - SÍNCOPE EN PACIENTES JÓVENES

E.M. Romero Rodríguez, J. García Cintas y R. del Pozo Guzmán

CS Occidente Azahara.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 25 años que acude a la consulta de Atención Primaria por síncope de esfuerzo mientras practicaba spinning. Sin antecedentes de interés. No toma medicación habitual. Anamnesis: El médico de familia sólo aprecia disnea de grandes esfuerzos. No hay dolor torácico. No hay palpitaciones. Hay un episodio presincopal no bien definido hace dos años. Lleva un mes realizando spinning sin problemas. La paciente relaciona el episodio con que está con la menstruación. Exploración física: TA 110/65. Normocoloreada. No IY. No bocio. Pulsos carotídeos palpables. ACR. Soplo sistólico ligero en borde esternal izquierdo. Buena ventilación ambos campos. Abdomen: normal. Ext. No edemas. Pulsos periféricos simétricos. Actuación: Lo ideal sería realizar un ECG y una analítica básica; también podría estar indicada una radiografía de tórax. El ECG sólo permitirá descartar algunas causas cardiológicas, pero tal vez una analítica pueda señalar presencia de anemia o alguna patología sistémica como causa del cuadro. El electrocardiograma es un método accesible y económico para el diagnóstico de la hipertrofia ventricular izquierda (HVI). Clásicamente la valoración electrocardiográfica de la HVI ha venido realizándose de acuerdo con los criterios de voltaje. Entre ellos probablemente los más utilizados en la práctica clínica, debido a su sencillez, sean el criterio de Sokolow y el de Cornell ajustado por sexo. Tienen la ventaja de ser muy específicos y sencillos de aplicar, pero el inconveniente de ser poco sensibles. En los casos de HVI ligera, la sensibilidad del criterio de Cornell es ligeramente mayor que la del criterio de Sokolow (14-15 frente al 10-12%), mientras que en los casos de HVI grave ocurre a la inversa. Sokolow-Lyon Cornell: S en V1 + R en V5 o V6 > 3,5 mV. R en aVL > 1,1 mV. Criterios de Cornell: Varones: S en V3 + R en aVL > 28 mm. Mujeres: S en V3 + R en aVL > 20 mm. Crecimiento ventrículo izquierdo. Causas más frecuentes: hipertensión, estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Criterios: aumento voltaje QRS en precordiales izquierdas, eje izquierdo, deflexión intrinsecoide en V5-6 > 0,05 seg, alteración de la repolarización. Rx tórax: sin evidencia de cardiomegalia, sin datos de insuficiencia cardiaca. Ante los hallazgos del ECG se decide derivar al cardiólogo para realizar un ecocardiograma doppler. Ecocardiograma bidimensional en un eje paraesternal largo. Se aprecia un ventrículo izquierdo con hipertrofia severa de predominio en el septo interauricular, con una medida de 32 mm.

Juicio clínico: Miocardiopatía hipertrófica.

Comentario final: La miocardiopatía hipertrófica es una enfermedad del músculo del corazón que se caracteriza por el aumento del grosor de sus paredes (hipertrofia).Se estima que afecta a 1 de cada 500 personas. No puede atribuirse a una causa evidente, pero es hereditaria en un alto

porcentaje de casos. El patrón de herencia se denomina autosómico dominante, afectando por igual a hombres y mujeres. Pueden presentar ciertas descompensaciones provocadas por arritmias. es una de las causas más importantes de muerte súbita en personas jóvenes en España.

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