



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 387/98 - EPISODIOS SINCOPALES DE REPETICIÓN

A. Villaverde Llana<sup>1</sup>, J. Martín Delgado<sup>2</sup>, V. González Novoa<sup>3</sup>, E. Vejo Puente<sup>4</sup>, L. Campo Alegría<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Colindres. Cantabria.<sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Liébana. Potes. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.<sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria.<sup>5</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 59 años exfumador y exbebedor con antecedentes de EPOC, SAHOS, gota, hepatopatía crónica, crisis convulsivas tras ictus isquémico, carcinoma epidermoide de laringe T4N2M0 (laringuectomía, QT,RT) e hipotiroidismo posquirúrgico. Tratamiento habitual: AAS, levotiroxina, levetiracetam, gabapentina, allopurinol, lorazepam. Acude a la consulta de su médico de atención Primaria por episodios de pérdida de conciencia de segundos de duración, precedidos de mareo e inestabilidad, sin relación con el esfuerzo y no acompañados de dolor torácico ni palpitaciones. Refiere varios episodios al día, sobre todo en relación con las comidas. Durante el transcurso de la consulta presenta nuevo episodio, acompañado de sudoración profusa, hipotensión, bradicardia y desaturación, por lo que se deriva al servicio de urgencias hospitalarias para valoración, donde queda ingresado para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, TA 110/70, FC 80, SatO2 96%. Hemograma: Hb 10,7, resto dentro de la normalidad. Bioquímica: GGT 111, GPT 89, FA 154, resto normal. ECG: rs a 80 lim, QRS 60°. Cabeza y cuello: traqueostomía, masa supraclavicular izquierda. AC: rítmica, sin soplos, AP normal. No focalidad neurológica. Ecocardiograma transesofágico: Función ventricular normal, válvulas sin alteraciones, Aurícula izquierda ligeramente dilatada. Llenado en RS con presiones estimadas normales. No derrame pericardio ni datos indirectos de HTP. TAC cervical con contraste: hallazgos en relación con neoplasia de oro y rinofaringe de gran tamaño con múltiples conglomerados adenopáticos, uno de 44 mm a nivel supraclavicular izquierdo y adenopatías derechas, una de ellas en bifurcación carotídea, infiltrando probablemente paquete vascular. Progresión tumoral con respecto informes previos. Durante el ingreso con monitorización presenta varios episodios sincopales, lo que permite descartar origen cardiógenico de los mismos.

**Juicio clínico:** Síncope del seno carotídeo.

**Diagnóstico diferencial:** Síncope vasovagal, ortostático, psicógeno, cardiógeno, crisis comicial, hipoglucemia.

**Comentario final:** En el diagnóstico diferencial se barajan distintas opciones y, aunque tendemos a pensar primero en las más graves o en las más frecuentes, en el caso de pacientes oncológicos siempre debemos plantearnos la posibilidad de la progresión de su enfermedad de base. En este paciente la causa más probable de su clínica es la compresión ejercida por la masa tumoral sobre los barorreceptores del seno carotídeo, situados en la bifurcación la arteria carótida común. Tras valoración por el servicio de Oncología

Radioterápica, se desestimó nueva irradiación y se inició corticoterapia oral.

## Bibliografía

Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, et al. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol* 2017.