



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

387/36 - EPISODIO SINCOPAL EN UN JOVEN DEPORTISTA

S. Díaz-Salazar de la Flor¹, M. Martín Nicolau², B. Carballo Rodríguez³, I. Cabrera Rubio³, J. Sánchez Ceña³, M. Cea Gómez⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Ignacio. Vizcaya.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 18 años sin antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual. Antecedente familiar de padre fallecido a los 30 años en accidente de coche, al que no se le realizó autopsia. Acude a la consulta de su centro de salud por episodio sincopal sin pródromos mientras realizaba crossfit, con recuperación espontánea y completa en pocos segundos. Se realizan exploración física, analítica y electrocardiograma, cuyos hallazgos orientan la sospecha diagnóstica hacia una miocardiopatía hipertrófica. Se deriva a Cardiología para realización de ecocardiograma, confirmándose el diagnóstico de presunción.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, TA 125/65 mmHg, FC 55 lpm, caliente y bien perfundido. No ingurgitación yugular. AC: rítmica, soplo sistólico en borde paraesternal izquierdo. AP: Murmullo vesicular conservado. Abdomen: RHA +, blando, depresible, no doloroso a la palpación. EEII: Sin edemas. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Hemograma, bioquímica y coagulación: Normales. ECG: RS a 55 lpm, PR normal, QRS estrecho con eje izquierdo, descenso generalizado de ST con T negativa, onda S (V1) + onda R (V5-V6) > 35 mm. ETT: HVI severa con septo interventricular de 30 mm. FEVI global preservada. No valvulopatías significativas ni derrame pericárdico.

Juicio clínico: Miocardiopatía hipertrófica. Debut clínico como síntope de esfuerzo.

Diagnóstico diferencial: Síncope neuromediado. Hipotensión ortostática. Síncope cardiovascular: arrítmico, cardiopatía estructural. Pérdidas de conocimiento no sincopales: epilepsia, trastornos metabólicos, intoxicaciones, AIT, cataplexia, drop attacks.

Comentario final: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la enfermedad cardiovascular hereditaria más prevalente (1:500 nacidos vivos). La mayoría de los pacientes con MHC se encuentran asintomáticos o con síntomas leves: presíncope, síncope, palpitaciones, disnea o ángor. Sin embargo, en ocasiones, la primera manifestación de la enfermedad es la muerte súbita, fundamentalmente en jóvenes deportistas. Es necesario conocer los hallazgos normales del electrocardiograma del deportista con remodelado cardiaco, y diferenciarlos de los hallazgos anormales indicativos de MCH (sobrecarga ventricular izquierda, eje izquierdo, voltajes elevados). El conocimiento del patrón electrocardiográfico típico junto con un alto grado de sospecha clínica, resulta fundamental para detectar precozmente la patología, estratificar el riesgo y poder iniciar las medidas preventivas (evitar actividad física intensa o deporte competitivo, estudio genético de familiares) y terapéuticas (B-bloqueantes, calcioantagonistas...) que evitarían un desenlace potencialmente fatal.

Bibliografía

- Moya-i-Mitjans A, Rivas-Gándara N, Sarrias-Mercè A, Pérez-Rodón J, Roca-Luque I. Síncope. Rev Esp Cardiol. 2012;65:755-65.
- Brugada J. Muerte súbita en la miocardiopatía hipertrófica. Rev Esp Cardiol. 1998;51:991-6.
- Drezner JA, et al. Electrocardiographic interpretation in athletes: The 'Seattle Criteria'. Br J Sports Med. 2013;47:122-3.
- Martínez-Moreno M, Climent V, García-Honrubia A, Marín F. La importancia de la estratificación de riesgo de muerte súbita en la miocardiopatía hipertrófica. Rev Esp Cardiol. 2015;68:544-68.