Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1337

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1106 - Presíncopes de repetición

D. Gómez Prieto[a], S. Sayago Gil[a], N. Matamoros Contreras[b], M.I. Rico Rangel[c], Á.C. Escribano Tovar[a], J. Moreno Lamela[d], A. Romero Montero[e] y M.D. Sánchez Álex[f]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. [b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. [e]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Urbano I. Mérida. Badajoz. [f]Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Olina. Vejer de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 67 años, con antecedentes médicos de hipertensión arterial e hiperplasia benigna de próstata, sin hábitos tóxicos asociados, en tratamiento con AAS, amlodipino, omeprazol y silodosina. Numerosas consultas en servicios de urgencias y Atención Primaria por cuadros presincopales, sucedidos en tres ocasiones en un periodo de cuatro meses, caracterizados por mareos y visión borrosa, de menos de un minuto de duración y sin pérdida completa del nivel de conciencia. Ausencia de dolor torácico o focalidad neurológica durante los mismos. Sin relación con ningún factor desencadenante. En todos los episodios se llevó a cabo una exploración física completa y pruebas complementarias, sin objetivarse hallazgos de interés, por lo que se remite para valoración por Cardiología, quienes completarán el estudio.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. COC. Normohidratado y normoperfundido. Afebril y normotenso. Frecuencia cardiaca de 70 LPM. Saturación de oxígeno de 95%. Auscultación cardiaca con tonos rítmicos, soplo mesosistólico I/VI polifocal. Auscultación pulmonar normal. No edemas en miembros inferiores. Exploración abdominal normal. Desde el punto de vista neurológico no se objetiva ningún déficit. ECG: Ritmo sinusal a 60 lpm, con BAV de primer grado. Ondas Q en cara inferior y lateral, sin alteraciones en la repolarización. Analítica (hemograma, coagulación y bioquímica), RADIOGRAFÍA de tórax y Holter de 24 horas sin hallazgos de interés. Ecocardiografía: Miocardiopatía hipertrófica obstructiva, con obstrucción dinámica del tracto de salida del ventrículo izquierdo. Insuficiencia aórtica ligera.

Juicio clínico: Presíncopes de repetición secundarios a miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MHO).

Diagnóstico diferencial: Ante un episodio de síncope o presíncope, hay que tener en cuenta las siguientes entidades como probable origen etiológico: Síncope vasovagal; hipersensibilidad del seno carotídeo; síncope ortostático; enfermedad del nodo sinusal; bloqueo AV de segundo y tercer grado; taquicardia supraventricular; síndromes de preexitación; síndrome de QT largo; estenosis aórtica; estenosis mitral; mixoma auricular izquierdo; taponamiento cardiaco; disección de aorta; síncope

por hipoglucemia, hipoxia o hiperventilación.

Comentario final: El síncope y presíncope constituyen una entidad muy prevalente, con frecuentes consultas en Atención Primaria y servicios de urgencias. La mayoría de los casos se debe a un mecanismo reflejo, con buen pronóstico. Hay ocasiones en los que el síncope puede deberse a una causa cardiaca, que conlleva peor pronóstico y riesgo de muerte súbita. Para alcanzar un diagnóstico etiológico, es fundamental realizar una anamnesis detallada, una exploración física completa y al menos un electrocardiograma. La MHO se caracteriza con hipertrofia ventricular marcada y disfunción diastólica, sin aumento de la poscarga, además de obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo. Sus síntomas incluyen disnea, dolor torácico, presíncope/síncope y muerte súbita. Es característico soplo sistólico rudo localizado en ápex y borde esternal izquierdo. El ecocardiograma es fundamental para el diagnóstico. Se inicia tratamiento farmacológico con betabloqueantes o calcio antagonistas inotrópicos negativos, evitando diuréticos, IECAs, nitratos y otros hipotensores (amlodipino).

BIBLIOGRAFÍA

1. Moya i Mitjans Á, Rivas-Gándara N, Sarrias-Mercè A, Pérez-Rodón J, Roca-Luque I. Syncope. Rev Esp Cardiol. 2012;65(8):755-65.

2. Finocchiaro G, Pinamonti B, Merlo M, Brun F, Barbati G, Sinagra G. Prognostic role of clinical presentation in symptomatic patients with hypertrophic cardiomyopathy. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2012;13(12):810-8.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.