



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2605 - Síncopes de repetición

A. Sahuquillo Martínez^a, P. Torres Moreno^b y A. Rubio Moreno^c

^aMédico de Familia. Consultorio de Ruidera. Ciudad Real. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Minglanilla. Cuenca. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Sisante. Cuenca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años con A.P: HTA, DM tipo 2 y DL mal controlados. Obesidad y tabaquismo activo. Discopatía cervico-lumbar crónica. Temblor esencial. Tto: olmesartán/amlodipino/HCTZ 20/5/12,5 1 cp/24h, pantoprazol 40, Metformina/sitagliptina 850/50 1 cp/12h. Amitriptilina 25 0 1/24h, AAS 100 1 cp/24h, primidona 1-0-1/2. En estudio por Cardiología desde 2015 por síncope de perfil neuromediado. Pendiente ecocardiograma y holter. No aporta ECG (describen BCRD). Acude al Sº de Urgencias de A.P porque a las 5 de la madrugada comenzó con mareo y posteriormente 4 episodios sincopales, sin cortejo vegetativo, ni dolor torácico o disnea acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. C y O. NH y NC. Afebril. TA: 131/77. FC 74. Sat O2: 95. Glucemia: 229 mg/dl. AC y AP normal. Abdomen: normal. MMII: no edemas. ECG: rs 100 lpm, PR 0,20, BCRD y hemibloqueo posterior de rama izquierda. El paciente es trasladado al hospital, donde se le da alta con diagnóstico de síncope vasovagal. 5 horas después vuelve al hospital con bradicardia e hipotensión y objetivándose en ECG bloqueo AV completo y se traslada a UCI coronaria para implante de marcapasos definitivo.

Juicio clínico: Bloqueo AV completo sincopal.

Diagnóstico diferencial: 1. Síncope de origen vasovagal. 2. Síncope secundario a síndrome coronario agudo. 3. Síncope por hipotensión ortostática. 4. Síncope por valvulopatía

Comentario final: El paciente había presentado desde la primera valoración por Cardiología 18 episodios sincopales con pródromos y en bipedestación en los últimos 8 meses. El holter no aportó información significativa en el estudio. Aunque sí el ECG basal dónde presentada bloqueo bifascicular, lo cual es indicativo del origen cardiogénico del síncope.

Bibliografía

1. Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole M, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del síncope. Rev Esp Cardiol. 2009;62:1466 e1-e58.
2. Moya A, Riva N, Sarrias A, Pérez J, Roca I. Síncope. Rev Esp Cardiol. 2012;65:755-65.
3. Gavira JJ, Hernández A, López-Zalduendo E. Protocolo diagnóstico del síncope. Medicine. 2013;11:2316-8.

Palabras clave: Síncope. Bloqueo bifascicular. Marcapasos.