



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/282 - Importancia de la anamnesis y la exploración física en el manejo inicial del síncope

L. de la Fuente Blanco^a, L. Gómez Ruiz^b, Á. González Díaz-Faes^a, N. Fernández Serna^c, C. Fortuny Henríquez^d, S. Díez Martínez^e y M.J. Arqués Pérez^f

^aMédico Residente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^bMédico Residente. Centro de Salud General Dávila. Santander. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^eMédico Residente. Centro de Salud La Marina. Santander. ^fMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 85 años que ingresa en Cardiología procedente del Servicio de Urgencias por pérdida de conocimiento un minuto de duración mientras caminaba. Sin pródromos. Desde hace un mes disnea con moderados esfuerzos. Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia. Angiodisplasia de colon. Evolución: se realiza ecocardiograma que muestra estenosis aortica grave. Dado el riesgo quirúrgico del paciente se realiza implantación de TAVI.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física destaca aumento de PVY y soplo sistólico eyectivo en foco aórtico, III/IV. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, PR normal, QRS estrecho, datos de hipertrofia ventricular izquierda. Ecocardiograma: hipertrofia ventricular izquierda grave. Estenosis aortica grave, gradiente medio 68 mmHg.

Juicio clínico: Estenosis aórtica.

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

Comentario final: El síncope es común en la población global. Estudios recientes muestran en los servicios de urgencias en Europa, que el síncope supone un 1% de todos los casos atendidos. En la mayoría de los casos la diferenciación entre una condición sincopal y una no sincopal con pérdida del conocimiento puede obtenerse a partir de una historia clínica detallada. La evaluación inicial puede definir la causa de síncope en un 23-50% de los pacientes. Algunos de los hallazgos de la historia clínica, exploración o ECG pueden considerarse diagnósticos de la causa. Lo que es útil para identificar los casos de síncope de mayor riesgo (> 65 años, antecedentes de cardiopatía, alteraciones en el electro, ausencia de pródromos), que requieren ingreso, y así mismo evitar hospitalizaciones innecesarias. En nuestro caso la historia clínica orienta hacia un síncope cardiogénico, y en la exploración la presencia de un soplo sistólico aórtico orienta hacia patología valvular.

Bibliografía

1. Disertori M, et al. Management of patients with syncope referredurgently to global hospitals. Europace. 2003;5:283-91.

2. Sarasin FP, et al. Prospective evaluation of patients with syncope: a population-based study. Am J Med. 2001;111:177-84.
3. Wieling W, et al. Initial diagnostic strategy in the case of transient losses of consciousness: the importance of the medical history. Ned Tijdschr Geneesk. 2003;147:849-54.

Palabras clave: Sincope. Estenosis aórtica.