



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2349 - SÍNCOPE SIN PRÓDROMOS

C. Alonso Lamas^a, M. Rojas Hernández^b, S. Rodríguez Concheso^c y J. Esteves Baldo^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cigales. Valladolid. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Cigales. Valladolid. ^dMédico de Urgencias. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Acudimos al domicilio de un varón 80 años (DM, HTA, IRC, FA paroxística, DLP y cardiopatía isquémica) por síncope en reposo ya recuperado. El paciente estaba consciente, pálido y sudoroso. No refería dolor torácico, ni recordaba lo sucedido. Se procedió a trasladarlo al hospital para estudio posterior.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física normal. ECG: RS BRD sin otras alteraciones. Analítica: CR 1,65, resto normal. Rx de tórax y angio-TC Arterias pulmonares: normales. Fue dado de alta como síncope de probable origen vasovagal. Tres días después presentó nuevo episodio de mareo, visualizándose en el ECG bloqueo AV 2: 1 a 40 lpm QRS ancho y BRDC intercalando rachas de bloqueo AV completo. Durante el procedimiento de implante de marcapasos y su estancia en unidad de coronarias presentó 4 paradas cardíacas en asistolia recuperadas con masaje cardíaco, adrenalina y atropina con ECG de salida en ritmo electroestimulado.

Orientación diagnóstica: Bloqueo AV alto grado. Implante de marcapasos transitorio. Parada por asistolia de repetición.

Diagnóstico diferencial: Síncope vasovagal. Hipoglucemia.

Comentario final: La clínica del síncope vasovagal incluye desencadenantes específicos y pródromos a diferencia del cardiogénico (instauración brusca, sin pródromos, clínica cardiológica previa). Nuestro paciente mayor 75 años y cardiópata no presentó síntomas, ocurriendo súbitamente sin desencadenante. Conclusiones: hemos de priorizar la clínica siendo la anamnesis lo más importante. En el diagnóstico de un síncope inexplicado con ECG anormal o cardiopatía estructural, ha de realizarse un estudio cardiológico inmediato.

Bibliografía

1. Takaya Y, Kusano KF, Nakamura K, et al. Outcomes in patients with high-degree atrioventricular block as the initial manifestation of cardiac sarcoidosis. *Am J Cardiol.* 2015;115:505.
2. Nery PB, Beanlands RS, Nair GM, et al. Atrioventricular block as the initial manifestation of cardiac sarcoidosis in middle-aged adults. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 2014;25:875.

3. Narula OS, Javier RP, Samet P, et al. Significance of His and left bundle recordings from the left heart in man. *Circulation*. 1970;42:385.

Palabras clave: Sincope. Pródromos. Cardiopatía.