Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 3348

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/1459 - ALGO MÁS QUE UN SÍNCOPE

A. Narváez Martín[a], R. Barrera Moyano[a], M. Villanueva Rubio[b] y N. Aguilera Vereda[c]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ricardo Martínez Sánchez. Marchena. Sevilla. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Sevilla. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marchena. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años que sufre cuadro sincopal con pérdida de conocimiento, sin cortejo vegetativo previo. Refiere varios cuadros similares sin pérdida de conocimiento en las semanas previas. Antecedentes personales de interés: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2. Insuficiencia cardíaca. Accidente cerebrovascular con crisis comiciales secundarias. Miocardiopatía hipertrófica.

Exploración y pruebas complementarias: En el lugar del episodio es atendido por servicio médico objetivándose bradicardia, realizando electrocardiografía observándose bloqueo auriculoventricular de 3er grado que pasa a ritmo sinusal de manera espontánea. A su llegada a urgencias el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con tensión arterial 150/80. Consciente, orientado y colaborador. A la auscultación cardiorrespiratoria tono rítmico a buena frecuencia sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Se realiza electrocardiograma en ritmo sinusal a 75 latidos por minutos sin alteraciones de la repolarización. Analítica: hemograma, gasometría venosa, coagulación dentro de la normalidad. Bioquímica glucosa 422,5 mg/dl, resto dentro de la normalidad, troponina 81 ng/l (creatinina 0,88 mg/dl) seriándose posteriormente aumentando a 160 ng/l, resto normal. Radiografía de tórax: indice cardiotorácico dentro de la normalidad. No se aprecian lesiones sugestivas de condensación ni derrame. Durante su ingreso en observación de urgencias el paciente se mantiene asintomático pero se observa en electro bloqueo bifascicular y en ocasiones bloqueo auriculoventricular completo que revierte a ritmo sinusal. Es trasladado para implantación de marcapasos.

Orientación diagnóstica: Bloqueo de 3er grado. Los cuadros presincopales presentados en las últimas semanas pueden estar debidos al mismo. Dado que tenemos datos de la presencia de bloqueo auriculoventricular completo se decide implantación de marcapasos.

Diagnóstico diferencial: Síncope vasovagal. Crisis comicial. Vértigo.

Comentario final: Ante un síncope debemos realizar una buena anamnesis y una correcta exploración. Es preciso diferenciar entre síncope de origen cardiogénico, vasovagal, ortostático, cerebrovascular. Los minutos previos al síncope son de suma importancia ya que nos dará la mayor información para un correcto diagnóstico etiológico y así la orientación para la realización de las pruebas complementarias de la forma más pronta posible para iniciar el tratamiento adecuado.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Síncope. Bloqueo aurículo-ventricular.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.