

## 347/1468 - ¿SÍNCOPE VASOVAGAL? LA EXPLORACIÓN COMPLETA, PRINCIPAL HERRAMIENTA DEL MÉDICO

D. González Lorenzo<sup>a</sup>, I. Martín-Oar María-Tome<sup>b</sup>, M. Dorante Delgado<sup>c</sup> y A. Mateo Cárdenas<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Isidro. Los Palacios. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nuestra Señora de La Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de Consolación. Sevilla. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Isidro. Los Palacios. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 62 años que acude a consulta por síntope de un minuto de duración al levantarse de la cama, precedido de mareo, palidez y sudoración. Niega dolor torácico, palpitaciones, disnea súbita. Niega mordedura de lengua o movimientos tónico-clónicos. Recuperación espontánea. Entra en consulta en silla de ruedas por persistencia de mareos. Antecedentes personales: FA reciente no anticoagulada (CHA2DS2-VASC = 1) y dislipemia. Fumador de un paquete diario. ECG: fibrilación auricular a buena frecuencia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Tensión arterial 102/67 mmHg. Frecuencia cardiaca 60 latidos por minuto. Glucemia 89. Auscultación y exploración abdominal normal. Pares craneales normales. Pupilas isocóricas normorreactivas. Tono y fuerza y sensibilidad conservadas. Reflejos normales. No dismetría ni disdiadococinesia.

**Orientación diagnóstica:** Se orienta como síntope de perfil vasovagal, sin embargo, al incorporarse de la silla para marcharse, presenta una marcada inestabilidad. Se reexplora neurológicamente al paciente, destacando Romberg izquierdo y ataxia para la marcha. Se deriva de forma urgente a centro hospitalario como síntope de causa neurológica. Se activa Código Ictus.

**Diagnóstico diferencial:** Síntope por reflejo o neuromediado, hipotensión ortostática o cardíaco. Menos frecuentes: pseudosíntope psicógeno, crisis comicial, accidentes cerebrovasculares, síndrome del robo de subclavia, tóxico-metabólicas.

**Comentario final:** La evaluación inicial del síntope consiste en la realización de anamnesis, exploración física y ECG. Con ellas se puede llegar al diagnóstico en hasta un 50% de los casos, y son la guía para la realización de las pruebas complementarias adicionales. La anamnesis y la exploración completa es la base fundamental para el diagnóstico del síntope. Diagnóstico final: accidente cerebro-vascular cerebeloso grado I evolucionado con estabilidad clínica.

### Bibliografía

1. Suárez D, César JC, Salas J, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital 12 de Octubre, 8<sup>a</sup> ed, 2016.
2. Palazuelos V, Micheloud D, Nuevo JA, et al. Programa de Formación Médica Continuada. 2015;5(1):5195-200.

**Palabras clave:** Síncope. Exploración. Accidente cerebrovascular.