



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

D. González Lorenzo^a, I. Martín-Oar María-Tomé^b, M. Dorante Delgado^c y A. Mateo Cárdenas^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Isidro. Los Palacios. Sevilla. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nuestra Señora de La Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de Consolación. Sevilla. ^dMédico 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 síncope 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 disimetría ni disdiadococinesia.

Orientación diagnóstica: Se orienta como síncope 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 síncope de causa neurológica. Se activa Código Ictus.

Diagnóstico diferencial: Síncope por reflejo o neuromediado, hipotensión ortostática o cardiaco. Menos frecuentes: pseudosíncope psicógeno, crisis comicial, accidentes cerebrovasculares, síndrome del robo de subclavia, tóxico-metabólicas.

Comentario final: La evaluación inicial del síncope 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 síncope. 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, 8ª 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.