

424/3174 - LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS EN EL SÍNCOPE

J. Varona Castrillo¹, B. de Román Martínez², M. de Diego Arnaiz³ y G. Huerta Aranda¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Comuneros. Burgos.²Médico de Familia. Centro de Salud Los Cubos. Burgos. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamonal Antigua. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 44 años. Sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual. Acudió a Urgencias de Atención Primaria por episodios de mareo y visión borrosa con pérdida de conocimiento de segundos de duración y recuperación espontánea. Varios episodios en las últimas semanas.

Exploración y pruebas complementarias: Se preguntó por pródromos y recuperación, describiendo el paciente palpitaciones post-crisis sin dolor torácico. Exploración física normal. ECG: normal. Ante la frecuencia de la clínica se decidió monitorización electrocardiográfica. La clínica reapareció en consulta, evidenciándose rachas de BAV completo. Se remitió a Urgencias Hospitalarias en UME. En Urgencias la analítica reveló troponina 11 ng/ml y CPK 240 mg/dl. La radiografía de tórax no mostró alteraciones. Continuaron rachas de BAV completo, decidiéndose ingreso en UCI, que realizó seriación de enzimas cardíacas (troponina 9 ng/ml, CK 229 mg/dl, ProBNP 42 pg/ml). Arteriografía coronaria normal. Tóxicos en orina negativos. Comprobada la estabilidad del paciente, se decidió traslado a Cardiología con telemetría realizándose implantación de marcapasos DDDR.

Orientación diagnóstica: Síncope cardiogénico.

Diagnóstico diferencial: Otras causas de síncope (neuromediado, hipotensión ortostática, cardiogénico, cerebrovascular). Crisis comiciales, cataplejía, drop-attacks, metabolopatías y accidentes vertebrobasilares.

Comentario final: El síncope es una pérdida transitoria del conocimiento asociada a perdida de tono postural por hipoperfusión cerebral. Representa el 3% de las visitas a Urgencias. Las herramientas fundamentales para su diagnóstico son tres: historia clínica, exploración física y electrocardiograma. Con ellas alcanzaremos hasta un 50% de diagnósticos consiguiendo detectar y tratar causas potencialmente peligrosas para la vida. Cuando exista sospecha de arritmia debemos realizar una monitorización electrocardiográfica continua, especialmente si el paciente refiere clínica durante la consulta. De este modo podremos intentar capturar el comportamiento del corazón durante los ataques y diagnosticar y tratar el origen. Debemos estar alerta ante signos y síntomas de alarma en los síncopes, especialmente en pacientes jóvenes sin antecedentes de interés en los que inconscientemente podemos tender a minimizar la importancia de la clínica. De este modo evitaremos errores diagnósticos que lleven a tratamientos inadecuados de patologías potencialmente peligrosas.

Bibliografía

1. Álvarez de Miguel F, De Castro-Martínez M. Síncope. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital Universitario 12 de Octubre, 7^a ed. Madrid. 2012; p. 91-8.
2. Martín-Zurro A, Cano-Pérez JF, Gené-Badia J. Problemas de salud en la consulta de medicina de Familia, 7^a ed. Barcelona, 2014.

Palabras clave: Síncope. Palpitaciones. Arritmia.