



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/184 - Otro episodio de síncope

A. García-Lago Sierra^a, M. Anta Fernández^b, C. Fernández Galache^c, D.M. Robaina Cabrera^d, B. Martínez Sanz^d, N. Guelai^a, J.M. Bravo González^e, I. Galán López^f, L. Salag Rubio^c y M. Seco Calderón^g

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. ^bMédico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. ^eServicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^fMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal. ^gMédico de Familia. CS Dávila. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años. Exfumador de 65 paquetes/año desde hace siete años. Antecedentes personales: dislipemia, arteriopatía periférica moderada con implantación de stent femoral derecho, reflujo gastroesofágico e hipertrofia benigna de próstata. Tratamiento habitual: Adiro 100 mg, Disgren 300 mg, Pletal 1100 mg, Crestor 20 mg, pantoprazol 40 mg, Blaston 1 mg, Silodyx 8 mg. Consulta por dos episodios de pérdida de conciencia en el último mes, de segundos de duración y recuperación completa. Tras el ejercicio y mientras se encontraba sentado. Con relajación de esfínteres y cortejo vegetativo previo.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 latidos por minuto, QRS estrecho y sin alteración en la repolarización. Analítica completa normal. Radiografía de tórax normal. Interconsulta con cardiología. Se realiza maniobra de estimulación del seno carotídeo que resulta positiva.

Juicio clínico: Síndrome del seno carotídeo. Implantación de marcapasos DDD.

Diagnóstico diferencial: Existen numerosas causas de síncope. Las más graves a considerar son: síncope cardíaco, condición potencialmente mortal más común (incluye la arritmia, la isquemia estructural, la valvulopatía y el taponamiento cardíaco), la hemorragia grave, la embolia pulmonar o la hemorragia subaracnoidea. Otras causas más comunes: síncope neurocardiogénico (58% de los casos), hipersensibilidad del seno, ortostasis, medicamentos (betabloqueantes, nitratos antiarrítmicos, diuréticos, antipsicóticos, antieméticos), causa psiquiátrica o metabólica (hipoglucemia e hipoxia). Un 18% de los síncopes son de causa inexplicable.

Comentario final: El síncope es un problema clínico común. Un 20% de la población adulta sufre un episodio a lo largo de su vida. Una historia clínica detallada, una exploración física completa y un electrocardiograma ayudan a establecer el diagnóstico de la causa subyacente en un 50% de los casos. El síndrome del seno carotídeo representa una exacerbación patológica del reflejo barorreceptor, de forma que la estimulación carotídea da lugar a bradicardia e hipotensión. La prevalencia de este síndrome parece aumentar con la edad. El masaje del seno carotídeo se recomienda como parte del diagnóstico para los pacientes mayores de 40 años con síncope de etiología desconocida y sin contraindicación para la presión del seno carotídeo. Sin embargo, los resultados falsos positivos son comunes en los adultos mayores, por lo que se deben excluir

otras posibles causas de síncope. La prueba se considera positiva si provoca asistolia de más de tres segundos y/o una caída en la presión arterial sistólica de más de 50 mmHg. Para establecer el diagnóstico se necesita además, la reproducción de los síntomas con la maniobra. Las medidas generales de tratamiento incluyen la tranquilidad y la educación sobre la naturaleza, riesgos y pronóstico de la enfermedad. Se debe advertir que tiene que evitar la manipulación mecánica accidental de los senos carotídeos y el peligro de conducir. Se deben retirar, si se puede, el tratamiento hipotensor, preferentemente los vasodilatadores. En un pequeño porcentaje de pacientes, debido a la gravedad de los síntomas y la duración de las pausas, se recomienda la implantación de dispositivos de estimulación bicamerales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mcdermott D, Quinn J. Approach to the adult patient with syncope in the emergency department. Uptodate, 2015.
2. Velasco E, Aceña Á, eds. Protocolo diagnóstico del síncope. Medicine. 2009;10:2641-4.