



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

O-016 - SÍNCOPE DEL SÁBADO NOCHE

S. Camacho Torregrosa^a, B. Saubí Cañete^b, L. Sánchez^a, J. Aznar Cardona^a, E. Puchades^a y M.J. Alemañy^c

^aCS Moncada. ^bCS de Paterna. ^cCS de Burjassot.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 57 años presenta mientras baila malestar general seguido de pérdida de conciencia de dos minutos de duración, asocia náuseas sin vómitos. Previamente no asociaba cefalea, dolor torácico ni sensación de palpitaciones. El testigo refiere que presentó rigidez generalizada sin movimientos tónico-clónicos y relajación de esfínter vesical. Recuperación rápida sin confusión posterior. Había consumido alcohol (2 UBE), no otros tóxicos. El día anterior presenta episodio similar de duración no valorable asociado a un vómito. Como antecedentes relevantes, la paciente refiere presentar un soplo cardíaco por el que estuvo en seguimiento por cardiólogo privado, fue dada de alta, no aporta informe y tampoco sabe precisar más. Se revisa historia clínica informatizada en la cual destaca episodio de taquicardia supraventricular hace nueve años, es asmática y está en tratamiento con montelukast, beclometasona/formoterol y esomeprazol. No hay referencias de auscultación patológica. Tras valoración en el centro de salud se remite a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada presenta PA 89/62 mmHg, FC 86 lpm; SatO₂ 95%. Presenta buen estado general, se encuentra consciente y orientada, colaboradora. La auscultación cardíaca es rítmica y destaca soplo sistólico IV/VI predominante en foco aórtico que irradia hacia carótidas. Auscultación pulmonar y el examen neurológico normales. No mordedura lingual. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 87 lpm, eje a 60°, sin alteraciones. Pruebas complementarias hospitalarias. Analítica: hemoglobina 11.6 g/dl; coagulación y bioquímica sin alteraciones; etanol 0,10 g/l; Ck 70 mu/ml; troponina I ultrasensible 0,091 ng/ml; troponina control a las 6 horas del episodio 0,080 ng/ml. Rx tórax: sin alteraciones. TAC craneal: lesión nodular hiperdensa en región selar de 10,5 mm, no específica en TC (adenoma, meningioma, aneurisma). AngioRM cerebral: destaca engrosamiento hiperintenso en T1 e hipointenso en T2, de la vertiente derecha en la glándula hipofisaria, sin realce tras contraste, sugestiva de hemorragia intraglandular. Ecocardiografía: destaca estenosis aórtica grave, válvula aórtica mal visualizada con sigmoideas calcificadas. Aorta normal sin datos de coartación. Hipertrofia concéntrica ligera-moderada de ventrículo izquierdo con cavidad no dilatada y buena función sistólica. Ecografía carotídea: se observan en bulbo carotídeo derecho tres placas de ateroma que no condicionan una obstrucción significativa al flujo sanguíneo. Resto sin alteraciones.

Juicio diagnóstico: Síncope.

Diagnóstico diferencial: La principal duda diagnóstica es que se trate de un síncope de origen cardíaco o neurológico, debe descartarse también que se trate de un equivalente anginoso.

Comentario final: Teniendo en cuenta las características del síncope, la exploración y las pruebas complementarias, se trata de un síncope de origen cardíaco. En relación con la Atención Primaria quisiera resaltar tres aspectos importantes: el hecho de realizar una exploración física completa y reflejarla en la historia clínica; la importancia del seguimiento en atención primaria de un paciente con soplo cardíaco; y la necesidad de colaboración entre los distintos especialistas, sean de la sanidad pública o privada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Julián Jiménez A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias, 4ª ed, 2014.
2. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de Actuación en Urgencias; 4ª ed. Ofelmaga, 2012.