



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

452/63 - SÍNCOPE: ENFOCANDO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

B. Pérez Ginés¹, V. Rubio Cosa², L. Merelas Cortes², A. Novella Mena¹, J. Sánchez Melús³, C. Ortigosa Bea¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza. ²Enfermera. Hospital Ernest Lluch Calatayud. Zaragoza. ³Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 67 años. Exfumador. Antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia. En tratamiento con omeprazol 20 mg y simvastatina 10 mg. Intervenido quirúrgicamente de hernia inguinal. Acude a urgencias de nuestro centro de salud por episodio de síncope con traumatismo craneoencefálico. No precedido de prodromos. Niega relajación de esfínteres. No presenciado por nadie, no sabe especificar tiempo. Tras recuperación, sensación de debilidad y "pesadez" en ambas extremidades superiores. Posteriormente náuseas sin vómitos. No dolor torácico ni disnea. No cuadro catarral. No alteraciones del ritmo deposicional. Refiere dolor en hemiabdomen derecho tipo opresivo durante los 3-4 días previos que relaciona con esfuerzo en el campo "al subir cuestras" y cede en reposo.

Exploración y pruebas complementarias: TA 122/75, FC 54; temperatura: 36,7 °C, SatO₂ 98%. Normocoloreado y normohidratado. Consciente, orientado, reactivo y perceptivo. Glasgow 15. Exploración neurológica: habla coherente y fluida. Pupilas isocóricas normorreactivas. Fuerza y sensibilidad conservadas. Exploración de pares craneales normales. Marcha sin alteraciones. A la auscultación presenta ruidos cardíacos rítmicos con normoventilación. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Peristaltismo conservado, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores sin edemas. Pulsos pedios presentes y simétricos. Hematoma sin crepitación en región frontal derecha, nasal y arco cigomático derecho. Se realiza ECG: ritmo sinusal a 55 lpm con T negativas de v3 a v5. Descartado el síncope reflejo (no prodromos, no otros episodios previos), sin causas farmacológicas que justifiquen el cuadro y dadas las características clínicas cardiogénicas y las alteraciones del ECG se decide derivar a urgencias para ampliar estudio. Analítica: hemograma y coagulación sin alteraciones. En bioquímica destaca CkMb 7 ug/L y troponina T 73 ng/L. Rx tórax: sin alteraciones pleuroparenquimatosas agudas. Rx abdomen: luminograma inespecífico. Coronariografía: estenosis aórtica severa sintomática y estenosis grave en descendente anterior. Ecocardiograma transtorácico: hipertrofia ventrículo izquierdo concéntrica moderada. FEVI normal. Doble lesión aórtica, degenerativa: estenosis aórtica severa e Insuficiencia aórtica ligera.

Juicio clínico: Síncope cardiogénico por síndrome coronario agudo sin elevación de ST.

Diagnóstico diferencial: Síncope cardiaco, síncope ortostático, síncope reflejo, enfermedad cardiopulmonar estructural, fármacos, hiperventilación/ansiedad, reacción alérgica, intoxicación.

Comentario final: En el servicio de Urgencias se inicia el tratamiento del SCASEST administrando solinitrina intravenosa, con mejoría clínica, doble antiagregación y anticoagulación y se procede a traslado a UCI. Posteriormente se programa cirugía cardíaca (bioprótesis aórtica y doble bypass) con buena evolución

clínica. Una correcta evaluación inicial define la etiología de un cuadro sincopal en alrededor de un 23-50% de los pacientes, por lo que desde atención primaria resulta fundamental la realización de una historia clínica completa, que incluya los antecedentes médicos personales, las características del cuadro sincopal, exploración física y realización de electrocardiograma, con el objetivo de establecer una causa etiológica que nos oriente al abordaje del paciente.

Bibliografía

Benditt, D. Syncope in adults: Clinical manifestations and diagnostic evaluation. UpToDate. 2019.

Benditt, D. Syncope in adults: Epidemiology, pathogenesis, and etiologies. UpToDate. 2019.

Palabras clave: Síncope. Anamnesis. Infarto del miocardio sin elevación del ST.