



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

210/53 - SÍNCOPE A ESTUDIO, A PROPÓSITO DE UN CASO

M. García Aroca^a, C. Celada Roldán^b, C.G. Zambrano Clavier^c, K.P. Baldeón Cuenca^d, M.J. Conesa Espejo^e y C. Sánchez Pérez^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena.

^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Torrelavega. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 27 años acude a consulta de atención primaria (AP) refiriendo mareo con pérdida de consciencia mientras realizaba deporte hace 1 hora. Relata encontrarse "rara", con dificultad desde hace 2 meses cuando realiza grandes esfuerzos. Relaciona el episodio con la menstruación actualmente. No cortejo vegetativo, dolor torácico ni palpitaciones. Se mide PA 105/60 mmHg decidiendo realización de ECG que demuestra hipertrofia ventricular izquierda (HVI); seguidamente se solicita analítica básica, radiografía (Rx) de tórax y derivación posterior a cardiólogo de zona (ecocardiograma).

Exploración y pruebas complementarias: No constan antecedentes personales de interés así como alergias medicamentosas. Presenta un buen estado general, consciente y orientada, normocoloreada e hidratada, no ingurgitación yugular y pulsos carotídeos palpables. Auscultación cardiopulmonar: soplo sistólico ligero en borde esternal izquierdo, murmullo vesicular conservado. Abdomen y miembros anodinos. No focalidad neurológica. Analítica y Rx de tórax compatibles con la normalidad, sin datos de insuficiencia cardíaca. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo con hipertrofia severa (predominio en septo interauricular 30 mm), sugiriendo miocardiopatía hipertrófica.

Juicio clínico: Miocardiopatía hipertrófica obstructiva sintomática (síncope de esfuerzo).

Diagnóstico diferencial: Síncope vasovagal, displasia arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome QT largo congénito, taquicardia ventricular catecolaminérgica, síndrome de Brugada, WPW.

Comentario final: Se pautó tratamiento con bisoprolol 5 mg, evitar desencadenantes, estudio familiar directo con ECG y seguimiento periódico por AP y cardiología de zona, con una evolución satisfactoria. Como comentario final, destacar la importancia de la historia clínica y anamnesis claves para un diagnóstico y tratamiento precoz y efectivo. No desistir en profundizar en el estudio de un paciente a fin de desenmascarar lo que pudiera ser síntoma subyacente de patología orgánica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fitzpatrick AP, Cooper P. Prognosis and management of patients with blackouts. *Heart*. 2006;92:559-68.
2. Day SC, Cook EF, Funkenstein H, Goldman L. Evaluation and outcome of emergency room patients with transient loss of consciousness. *Am J Med*. 1982;73:15-23.
3. Zaidi A, Crampton S, Clough P, Fitzpatrick A, Scheepers B. Head-up tilting is a useful provocative test for psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure*. 1999;8:353-5.