



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/841 - SÍNCOPE CARDIOGÉNICO

M. Reyes Jara<sup>a</sup>, M. Bou Collado<sup>b</sup>, A. Prudencio Rodríguez<sup>c</sup> y E. Llinares Climent<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud l&#39;Alfás del Pí. Alicante.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassera de Tonda. Alicante.

<sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Milagrosa Soria. Soria.

<sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Les Foietes. Benidorm.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 79 años que consulta por episodio sincopal brusco precedido de palpitaciones hace 2 días sin relación con esfuerzos. Actualmente asintomático, niega nuevos episodios de palpitaciones/síncope, mínimo aumento de disnea habitual. Antecedentes personales: HTA. Dislipemia. Obesidad. Exfumador. Cardiopatía isquémica hace 2 años. Aneurisma cardiaco inferior con trombo mural. Amputación MID secundario a traumatismo. EPOC. Derivamos a CCEE Cardiología donde deciden ingreso hospitalario para ampliar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 110/70. FC: 70. SatO<sub>2</sub>: 98%. Consciente y orientado. Eupneico. AC: rítmico, no soplos. AP: MV disminuido, sin ruidos patológicos. ABD: anodino. EEII: no edemas. Analítica: Hb 14,9 g/dL, Hto 44,2%, plaquetas 192.000 uL, leucocitos 8.720 uL. Coagulación en rango. Glucosa 86, urea 48, creatinina 0,9, Na 140, K 3,9, transaminasas normales, CT 128, LDL 62, HbA1c 5,7. ECG: RS a 70 lpm, eje 30°, PR alargado 0,36s, onda Q inferior establecida, BCRDHH con cambios secundarios en la repolarización. Telemetría: sin eventos arrítmicos. Ecocardiograma: HVI moderada. VI dilatado. Disfunción ventricular, FEVI 40-45%. Necrosis establecida inferior y posterior. Acinesia y aneurisma inferoposterior. Cateterismo: DA sin lesiones. CX ocluida crónicamente.

**Orientación diagnóstica:** Paciente con disfunción ventricular conocida y escara inferior secuela de IAM previo que presenta síncope con taquicardia sugestivo de arritmico. Se propone realizar estudio electrofisiológico (EEF). EEF: la estimulación ventricular fija induce taquicardia ventricular monomórfica sostenida (TVMS). Tratamiento: ante antecedentes de cardiopatía isquémica, disfunción ventricular se propone implantar un desfibrilador (DAI).

**Diagnóstico diferencial:** Síncope vasovagal. Arritmias cardiacas: taquicardia ventricular y supraventricular. Bloqueo AV completo o Mobitz II. Tratamiento arritmogénico previo. Anomalía estructural cardiaca.

**Comentario final:** La enfermedad coronaria es responsable de la mayoría de casos de TVMS. En ausencia de enfermedad cardiaca previa, un episodio de TV puede acabar en muerte. La mayoría de los pacientes tendrá antecedentes de enfermedad cardiaca, aunque puede aparecer en pacientes sanos. La historia, examen físico y ECG 12 derivaciones durante TVMS y en RS es de gran ayuda. La

presentación es variable. La mayoría de pacientes experimentan síntomas, desde palpitaciones a síntomas poco específicos.

### **Bibliografía**

1. Ganz IL, Buxton A. Sustained monomorphic ventricular tachycardia in patients with structural heart disease: Treatment and prognosis. UpToDate, 2018.
2. Sun BC, Costantino G, Barbic F, et al. Priorities for emergency department syncope research. *Ann Emerg Med.* 2014;64:649.

**Palabras clave:** Taquicardia ventricular. Síncope cardiogénico.