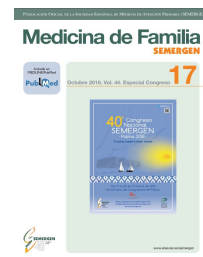




# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/4096 - SÍNCOPE DE REPETICIÓN CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE MUERTE SÚBITA

E. Suárez Jaquete<sup>a</sup>, O. Iraqui Houssaini Rato<sup>a</sup>, H. Mendes Moreira<sup>b</sup> y R. Abad Rodríguez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo.

<sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón 35 años, hipofrecuentador, aparentemente sano. Episodios sincopales de repetición (etiquetados inicialmente como vasovagales cardiología). Posteriormente descubrimos un hermano fallecido de muerte súbita a los 18 años. Actualmente con DAI y tratamiento con Emconcor 2,5 mg y Zolpidem 10 mg/24h.

**Exploración y pruebas complementarias:** 2<sup>o</sup> síncope mientras trabaja, acompañando dolor precordial y st. neurovegetativos. Exploración anodina. ECG: bradicardia sinusal 50 lpm, sin signos de isquemia. Troponina 0,03 y D-dímero 190. Se recomienda reposo y pedir revisión en unidad de síncope. Tras 3<sup>er</sup> síncope y viendo sus AF se decide desde AP ampliar estudios.

**Orientación diagnóstica:** Cardiopatía hereditaria.

**Diagnóstico diferencial:** Síncope: causas de síncope, especialmente aquellas de origen cardiogénico debido a AF de MS.

**Comentario final:** Estamos ante un paciente joven, previamente de otro cupo y con varios episodios de síncope, inicialmente etiquetados como síncope vasovagales. Investigando desde nuestra consulta, en anamnesis descubrimos el fallecimiento por MS de un hermano a los 18 años. Esto motiva la ampliación de los estudios, para ello desde AP hablamos con la unidad de arritmias, y gracias a nuestra insistencia, se encontraron en la ECO transtorácica hallazgos compatibles de miocardiopatía arritmogénica (dilatación del VD e hipertrabeculación). Ante estos hallazgos, se realizan cardioRM (normal) y estudio electrofisiológico, donde se induce una FV con tres extrasístoles en ápex VD, siendo revertido a sinusal mediante cardioversión eléctrica. Por esta causa se decide implantar un DAI. Aunque actualmente se encuentra asintomático y no disponemos de un diagnóstico claro de su cardiopatía, resulta necesario un estrecho control del paciente debido a los resultados anormales de ETT y EEF, así como por sus AF de MS. Teniendo especial precaución ante la aparición de nuevos síncope u otros síntomas de posible origen cardiológico, así como por activación del DAI. Hay numerosas enfermedades de origen hereditario, actualmente no diagnosticadas, que pueden ocasionar muerte súbita, por ello desde AP debemos estar atentos ante esta posibilidad.

## **Bibliografía**

1. Moya-i-Mitjans Á, Rivas-Gándara N. Síncope. Revista Española de Cardiología. 2012;65(8):755-65.
2. Narro M, Fraile R, Sáez L. Síncope. Diagnóstico diferencial. Medicina de Familia SEMERGEN. 2001;(27):297-300.
3. Tomé Esteban M, García-Pinilla J. Actualización en miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho. Revista Española de Cardiología. 2004;57(8):757-67.

**Palabras clave:** Síncope. Muerte súbita. Cardiopatía. DAI.