



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



423/152 - CUANDO LAS PISTAS TE DESPISTAN

L. Salag Rubio¹, D. San José de la Fuente², M. Esles Bolado³, S. López Santos¹, O. Casanueva Soler⁴, R. Maye Soroa⁵, M. Alonso Santiago¹, M. Cobo Rossell⁵, P. López Alonso Abaitua¹, L. Rodríguez Vélez⁶

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Torrelavega.

³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina Interna Hospital Sierrallana. Torrelavega. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Torrelavega. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Puertochico. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 73 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA) y síndrome ansioso-depresivo, en tratamiento habitual con enalapril 20 mg cada 24 horas y desvenlafaxina 50 mg cada 24 horas. Acude por presentar mareo con sensación de giro de objetos, que empeora con los movimientos cefálicos y náuseas de varias horas de evolución, en este contexto ha tenido dos episodios de síncope de menos de un minuto de duración, con recuperación espontánea, pero persistencia posterior del mareo. Refiere que hace unos meses presentó episodio similar al descrito hoy, y que presenta mareo con giro de objetos a diario desde hace unos años. Niega dolor torácico ni disnea.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 170/110 mmHg, frecuencia cardiaca 70 ppm, temperatura 36,3 °C, saturación de oxígeno 98%. Regular estado general, palidez cutánea, normoperfundida y normohidratada, eupneica, afebril. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. No edemas en miembros inferiores. Exploración neurológica: pupilas isocóricas y normoreactivas, pares craneales normales, fuerza, tono y sensibilidad normal, lenguaje fluido y coherente. Se realiza electrocardiograma (ECG) que está en ritmo sinusal a 70 latidos por minuto, presenta bloqueo auriculoventricular de primer grado, bloqueo de rama derecha y bloqueo fascicular posterior izquierdo. Ante los hallazgos electrocardiográficos descritos, en contexto de síncope, se remite a Urgencias Hospitalarias para colocación de marcapasos. En urgencias se completa estudio con analítica sanguínea que incluye hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. La radiografía torácica fue normal. Se realizó un ecocardiograma que mostró hipertrofia ligera de ventrículo izquierdo (VI), fracción de eyección conservada, ventrículo derecho de tamaño y función normal, así como ausencia de valvulopatías. Permanece monitorizada hasta la implantación de marcapasos VDD. Tras la implantación, presenta franca mejoría, con desaparición completa de los mareos que presentaba a diario y ausencia de síncope.

Juicio clínico: Síncope de perfil cardiogénico en paciente con bloqueo trifascicular.

Diagnóstico diferencial: Síncope de perfil neuromediado (es el más común e incluye las formas vasovagal, situacional o el síndrome del seno carotídeo). Síncope por hipotensión ortostática. Síncope de origen cardiogénico (que puede ser debido a una arritmia como causa primaria, a una cardiopatía estructural, o a una enfermedad cardiopulmonar como la embolia pulmonar).

Comentario final: El síncope es un motivo de consulta muy común. Hasta un 20% de la población adulta sufre un episodio sincopal a lo largo de su vida. Una historia clínica detallada, una exploración física completa y un electrocardiograma ayudan a establecer el diagnóstico de la causa subyacente en un porcentaje elevado de los casos. Ante un paciente con síncope de origen desconocido, el hallazgo electrocardiográfico de un bloqueo trifascicular o bifascicular, debe hacernos sospechar que la etiología del síncope puede ser la progresión a un bloqueo auriculoventricular paroxístico (siempre que no exista cardiopatía estructural, en cuyo caso nos plantearíamos la taquiarritmia ventricular como causa). La Sociedad Europea de Cardiología recomienda la colocación de marcapasos en estos casos (clase de recomendación IIa, grado de evidencia C).

Bibliografía

Panos E, Auricchio A, Blanc JJ, Daubert JC, Drexler H, Ector H, et al. Guías europeas de práctica clínica sobre marcapasos y terapia de resincronización cardiaca. Rev Esp Cardiol. 2007;60(12):1272.