



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/840 - DOCTORA, ME MAREO

V. Domínguez Panadero^a, M.P. Navarrete Durán^b, P. Gracia Alonso^c, L. Gené Huguet^c, L. Pallisa Gabriel^c, S. Murgui Betrán^c, N. López Batet^c y J. Clos Soldevila^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Capse Borrell. Barcelona.

^bMédico de Familia. CAP Borrell. ^cCAP Borrell.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 66 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes personales de síndrome depresivo, hipertensión arterial, hipertrofia benigna de próstata, y adenoma de colon. Tratamiento habitual con dogmatil, quetiapina, enalapril y tamsulosina. Acude al centro de atención primaria por 4 episodios de mareo con pérdidas de conocimiento de aproximadamente 1 minuto de duración cada uno, estando en reposo y recuperación posterior completa. Refiere además, que ha presentado varios episodios en los últimos 20 días, de características similares. No dolor torácico, palpitaciones, disnea, movimientos tónico-clónicos o relajación de esfínteres.

Exploración y pruebas complementarias: TA 148/74, FC 85. Consciente, orientado, afebril. Cardio-respiratorio normal. Abdomen anodino. No focalidad neurológica aguda o signos meníngeos. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm, PR 0,12 seg, eje 90°, QRS 0,08 seg, sin alteraciones en la repolarización. Holter de TA descarta hipotensión ortostática. Se decide derivación a Urgencias de Hospital de zona para completar estudio por síncope de repetición. Analítica: Hb 13,4 g/dl, htco 39,7%, plaquetas 148.000/ml, leucocitos 7.800/ml, TP 79,6%, DD 362 ng/ml, glucosa 1,10 g/L, creatinina 1,12 mg/ml, AST 33 u/L; CK 97 U/L, TnT < 50 mg/L. Rx de tórax: ICT < 50, no redistribución vascular. Ecocardiograma: FEV1 62%. Cardiopatía hipertensiva leve, sin valvulopatía significativa. TAC cerebral: sin alteraciones. RMN cerebral: normal. Holter: no demuestra arritmias. EEGs basal y privación del sueño: normales. Ecografía de troncos supraaórticos: sin lesiones significativas. Tras ser valorado conjuntamente por servicio de cardiología y neurología se decide alta domicilio y seguimiento por su médico de familia. Se deriva a al servicio de otorrinolaringología que descarta clínica de vértigo y se solicita de forma ambulatoria estudio electrofisiológico de conducción normal.

Juicio clínico: Ante la normalidad de la exploración física y pruebas complementarias, se orienta el cuadro como síncope de repetición debido al mecanismo vasopresor mediado por asociación entre enalapril y tamsulosina.

Diagnóstico diferencial: El síncope puede tener un origen cardiológico: por mecanismo reflejo (vasovagal, situacional, ortostático o del seno carotídeo) mecánico (estenosis aórtica o miocardiopatía hipertrófica) y arrítmico o no cardiovascular: neurológico (AIT), metabólico, Psiquiátrico o idiopático.

Comentario final: El síncope es una causa frecuente de consulta médica, tanto en atención primaria como en urgencias, y atención especializada, con riesgo de sobreactuar en un número importante de pacientes con causas benignas, conduciendo a realización de pruebas y tratamientos que sólo pueden causar daño y ningún beneficio al paciente, además de un aumento de los costes, por ello tenemos que tener siempre en cuenta fármacos con efectos hipotensores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moya-i-Mitjans Á, Rivas-Gándara N, Sarrias-Mercèa À, et al. Síncope. Rev Esp Cardiol. 2012;65(8):755-65.
2. Olde Nordkamp LR, Van Dijk N, Ganzeboom KS, Reitsma JB, Luitse JS, Dekker LR, et al. Syncope prevalence in the ED compared to general practice and population: a strong selection process. Am J Emerg Med. 2009;27:271-9.
3. Barón-Esquivias G, Martínez-Alday J, Martín A, Moya A, García-Civera R, Paz López-Chicharro M, et al. Epidemiological characteristics and diagnostic approach in patients admitted to the emergency room for transient loss of consciousness: Group for Syncope Study in the Emergency Room (GESINUR) study. Europace. 2010;12:869-76.