



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2525 - ¿Síncope vasovagal relacionado con parasitosis?

L. Alonso Bravo^a, J. Galán Chávez^b y M.Á. de la Hera Romero^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^bMédico Residente de 2^o año. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años que tiene como único antecedente médico de interés anemia ferropénica de repetición por pérdidas menstruales. Acude a nuestra consulta por sufrir tres episodios sincopales espaciados en meses, con pérdida de conciencia completa, sin sintomatología premonitoria y sin movimientos convulsivos ni relajación de esfínteres.

Exploración y pruebas complementarias: Tras historiar y explorar de forma completa a nuestra paciente se inicia estudio con ECG, TAC craneal, EEG y analítica para intentar filiar la causa de dichos episodios, siendo todas las pruebas normales. Para buscar posibles causas cardíacas, se deriva al Servicio de Cardiología en el cual se le realiza una ecocardiografía en la que no se encuentra ningún hallazgo cardiológico de interés pero se detecta como incidentaloma una lesión poliquística tabicada con un eje mayor de unos 11 cm a nivel del lóbulo hepático derecho susceptible de quiste hidatídico; próxima a la cava y adyacente a la vena suprahepática derecha desplazando a esta última en sentido medial. Tras dicho hallazgo, se realiza una analítica con serología específica para hidatidosis obteniendo un resultado positivo (1/1.024 diluciones) y siendo el resto de la analítica completamente normal. Se completa el estudio con un TAC de abdomen en el que se observa una imagen quística, redondeada con calcificación en sus paredes, que mide en sentido antero-posterior unos 100 × 92 mm y en sentido cráneo-caudal unos 115 mm, situada en los segmentos hepáticos VIII, V y VII. Se decide derivar a la paciente al Servicio de Cirugía Hepatobiliar que plantea tratamiento quirúrgico consistente en una quistectomía parcial junto con drenaje y aspiración del contenido. Tras la intervención se realiza tratamiento farmacológico con albendazol. La paciente evoluciona favorablemente y sin complicaciones de interés no volviendo a sufrir ningún episodio sincopal en los años posteriores a la intervención y permaneciendo asintomática desde el punto de vista cardiológico hasta el día de hoy.

Juicio clínico: Síncope vasovagal por disminución del retorno venoso debido a quiste hidatídico hepático gigante adyacente a vena cava.

Diagnóstico diferencial: Se trata de un diagnóstico diferencial muy amplio en el que debemos descartar las principales causas de los distintos tipos de síncope: Causas de síncope neurocardiogénico como tos, micción, hipersensibilidad del seno carotídeo o hipotensión ortostática. Causas de síncope cardiológico como arritmias o cardiopatía estructural como estenosis aórtica o taponamiento cardíaco, entre otras. Causas de síncope neurológico primario como epilepsia,

estenosis carotídea bilateral, etc. Causas de síncope farmacológico; tanto fármacos hipotensores como fármacos asociados a QT largo. Causas de síncope psiquiátrico como ansiedad, crisis de pánico, trastorno conversivo, entre otras. Causas de síncope metabólico: hipoglucemia, anemia aguda...

Comentario final: Debido a la evolución tan favorable que tuvo la paciente y a que no se volvieron a repetir los síncope tras la intervención y tratamiento de la hidatidosis nos atrevemos a establecer una relación temporal causa-efecto entre los síncope de repetición y la presencia del quiste hidatídico a nivel hepático; ya que éste presionaba la cava pudiendo dificultar el retorno venoso al corazón y ser el causante de los repetidos episodios sincopales que sufría nuestra paciente.