



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1106 - Presíncopes de repetición

D. Gómez Prieto<sup>a</sup>, S. Sayago Gil<sup>a</sup>, N. Matamoros Contreras<sup>b</sup>, M.I. Rico Rangel<sup>c</sup>, Á.C. Escribano Tovar<sup>d</sup>, J. Moreno Lamela<sup>d</sup>, A. Romero Montero<sup>e</sup> y M.D. Sánchez Álex<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Urbano I. Mérida. Badajoz. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Olina. Vejer de la Frontera. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 67 años, con antecedentes médicos de hipertensión arterial e hiperplasia benigna de próstata, sin hábitos tóxicos asociados, en tratamiento con AAS, amlodipino, omeprazol y silodosina. Numerosas consultas en servicios de urgencias y Atención Primaria por cuadros presíncopales, sucedidos en tres ocasiones en un periodo de cuatro meses, caracterizados por mareos y visión borrosa, de menos de un minuto de duración y sin pérdida completa del nivel de conciencia. Ausencia de dolor torácico o focalidad neurológica durante los mismos. Sin relación con ningún factor desencadenante. En todos los episodios se llevó a cabo una exploración física completa y pruebas complementarias, sin objetivarse hallazgos de interés, por lo que se remite para valoración por Cardiología, quienes completarán el estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. COC. Normohidratado y normoperfundido. Afebril y normotenso. Frecuencia cardiaca de 70 LPM. Saturación de oxígeno de 95%. Auscultación cardiaca con tonos rítmicos, soplo mesosistólico I/VI polifocal. Auscultación pulmonar normal. No edemas en miembros inferiores. Exploración abdominal normal. Desde el punto de vista neurológico no se objetiva ningún déficit. ECG: Ritmo sinusal a 60 lpm, con BAV de primer grado. Ondas Q en cara inferior y lateral, sin alteraciones en la repolarización. Analítica (hemograma, coagulación y bioquímica), RADIOGRAFÍA de tórax y Holter de 24 horas sin hallazgos de interés. Ecocardiografía: Miocardiopatía hipertrófica obstructiva, con obstrucción dinámica del tracto de salida del ventrículo izquierdo. Insuficiencia aórtica ligera.

**Juicio clínico:** Presíncopes de repetición secundarios a miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MHO).

**Diagnóstico diferencial:** Ante un episodio de síncope o presíncope, hay que tener en cuenta las siguientes entidades como probable origen etiológico: Síncope vasovagal; hipersensibilidad del seno carotídeo; síncope ortostático; enfermedad del nodo sinusal; bloqueo AV de segundo y tercer grado; taquicardia supraventricular; síndromes de preexcitación; síndrome de QT largo; estenosis aórtica; estenosis mitral; mixoma auricular izquierdo; taponamiento cardiaco; disección de aorta; síncope

por hipoglucemia, hipoxia o hiperventilación.

**Comentario final:** El síncope y presíncope constituyen una entidad muy prevalente, con frecuentes consultas en Atención Primaria y servicios de urgencias. La mayoría de los casos se debe a un mecanismo reflejo, con buen pronóstico. Hay ocasiones en los que el síncope puede deberse a una causa cardíaca, que conlleva peor pronóstico y riesgo de muerte súbita. Para alcanzar un diagnóstico etiológico, es fundamental realizar una anamnesis detallada, una exploración física completa y al menos un electrocardiograma. La MHO se caracteriza con hipertrofia ventricular marcada y disfunción diastólica, sin aumento de la poscarga, además de obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo. Sus síntomas incluyen disnea, dolor torácico, presíncope/síncope y muerte súbita. Es característico soplo sistólico rudo localizado en ápex y borde esternal izquierdo. El ecocardiograma es fundamental para el diagnóstico. Se inicia tratamiento farmacológico con betabloqueantes o calcio antagonistas inotrópicos negativos, evitando diuréticos, IECAs, nitratos y otros hipotensores (amlodipino).

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Moya i Mitjans Á, Rivas-Gándara N, Sarrias-Mercè A, Pérez-Rodón J, Roca-Luque I. Syncope. Rev Esp Cardiol. 2012;65(8):755-65.
2. Finocchiaro G, Pinamonti B, Merlo M, Brun F, Barbati G, Sinagra G. Prognostic role of clinical presentation in symptomatic patients with hypertrophic cardiomyopathy. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2012;13(12):810-8.