



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/399 - Síncope SÚBITO

V.M. Paulo Gregorio<sup>a</sup>, P. García Sardón<sup>b</sup> y M. Perea Martín<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva. <sup>c</sup>Médico de Familia. Hospital Infanta Elena. Huelva.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 89 años, hipertenso en tratamiento con losartan 50 mg cada 24h, que es visitado a domicilio por presentar episodio sincopal de un minuto de duración, sin pródromos, movimientos corporales anormales ni relajación de esfínteres. No presenta periodo poscrítico. Niega dolor torácico, palpitaciones o disnea. Refiere cuadro previo de astenia, adinamia y malestar inespecífico de 3-4 meses de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente, orientado y colaborador, bien hidratado y perfundido, normocoloreado, eupneico. TA: 130/80. FC: 55. ACR: tonos cardiacos rítmicos con soplo sistólico aórtico III/VI no irradiado, buen murmullo vesicular. ABD: normal. Neurológico: PINLA, MOEC, Glasgow: 15/15, no déficit neurológico. No edemas ni signos de TVP en MMII. Se administra nebulización de salbutamol y se deriva a Urgencias ante la sospecha de síncope de perfil cardiogénico. ECG: RS a 100 con BAV de grado 1, eje izquierdo, hemibloqueo anterior izquierdo y de completo de rama derecha. Analítica: hemograma, coagulación con D-dímero y bioquímica incluidas enzimas cardiacas y tiroxina normales. Rx de tórax: índice cardiorotáico en el límite superior de la normalidad. Ecocardiografía: hipertrofia concéntrica de VI. Tras detectar en Holter episodio autolimitado de BAV completo se decide colocación de marcapasos definitivo.

**Juicio clínico:** Síncope cardiogénico.

**Diagnóstico diferencial:** Debe realizarse con los distintos tipos de síncope, aunque la presentación clínica orienta hacia un síncope de riesgo (cardiogénico o neurológico), y los hallazgos ECG son sugestivos del primero.

**Comentario final:** Los trastornos de la conducción intraventricular se observan con más frecuencia en los ECG de ancianos, y pueden ser secundarios a isquemia, cirugía cardiaca o miocardiopatías, aunque la mayoría de los casos son idiopáticos, supuestamente asociado a una fibrosis del sistema de conducción. Los pacientes con bloqueo bifascicular tiene por un lado una mayor progresión a bloqueo AV completo (aunque de evolución lenta) y mayor riesgo de presentar arritmias ventriculares, lo que confiere una mayor mortalidad que la población general. El síncope es una entidad producida por una gran variedad de patologías, el de origen cardiovascular no es el más frecuente, pero si el que conlleva peor pronóstico, la causa más frecuente de síncope cardiogénico

son las arritmias.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Vogler J, Breithardt G, Eckardt L. Bradiarritmias y bloqueos de la conducción. Rev Esp Cardiol. 2012;65(7):656-67.
2. Labadet C. Consenso de marcapasos y resincronizadores. Revis Argen Cardiol. 2009;77(4).
3. Moya A, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J. 2009;30:2631-71.