



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2605 - SÍNCOPE DE REPETICIÓN

A. Sahuquillo Martínez<sup>a</sup>, P. Torres Moreno<sup>b</sup> y A. Rubio Moreno<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Consultorio de Ruidera. Ciudad Real. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Minglanilla. Cuenca. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sisante. Cuenca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 60 años con A.P: HTA, DM tipo 2 y DL mal controlados. Obesidad y tabaquismo activo. Discopatía cervico-lumbar crónica. Temblor esencial. Tto: olmesartán/amlodipino/HCTZ 20/5/12,5 1 cp/24h, pantoprazol 40, Metformina/sitagliptina 850/50 1 cp/12h. Amitriptilina 25 0 1/24h, AAS 100 1 cp/24h, primidona 1-0-1/2. En estudio por Cardiología desde 2015 por síncope de perfil neuromediado. Pendiente ecocardiograma y holter. No aporta ECG (describen BCRD). Acude al Sº de Urgencias de A.P porque a las 5 de la madrugada comenzó con mareo y posteriormente 4 episodios sincopales, sin cortejo vegetativo, ni dolor torácico o disnea acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. C y O. NH y NC. Afebril. TA: 131/77. FC 74. Sat O2: 95. Glucemia: 229 mg/dl. AC y AP normal. Abdomen: normal. MMII: no edemas. ECG: rs 100 lpm, PR 0,20, BCRD y hemibloqueo posterior de rama izquierda. El paciente es trasladado al hospital, donde se le da alta con diagnóstico de síncope vasovagal. 5 horas después vuelve al hospital con bradicardia e hipotensión y objetivándose en ECG bloqueo AV completo y se traslada a UCI coronaria para implante de marcapasos definitivo.

**Juicio clínico:** Bloqueo AV completo sincopal.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Síncope de origen vasovagal. 2. Síncope secundario a síndrome coronario agudo. 3. Síncope por hipotensión ortostática. 4. Síncope por valvulopatía

**Comentario final:** El paciente había presentado desde la primera valoración por Cardiología 18 episodios sincopales con pródromos y en bipedestación en los últimos 8 meses. El holter no aportó información significativa en el estudio. Aunque sí el ECG basal dónde presentada bloqueo bifascicular, lo cual es indicativo del origen cardiogénico del síncope.

### Bibliografía

1. Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole M, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del síncope. Rev Esp Cardiol. 2009;62:1466 e1-e58.
2. Moya A, Riva N, Sarrias A, Pérez J, Roca I. Síncope. Rev Esp Cardiol. 2012;65:755-65.
3. Gavira JJ, Hernández A, López-Zalduendo E. Protocolo diagnóstico del síncope. Medicine. 2013;11:2316-8.

**Palabras clave:** *Sincope. Bloqueo bifascicular. Marcapasos.*