



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/247 - DOCTORA, SIENTO QUE SE ME VA LA VIDA

L. Gómez Sánchez<sup>a</sup>, E.A. López Gómez<sup>b</sup>, E.M. Arias Martínez<sup>b</sup>, T. Gómez Sánchez<sup>c</sup>, C.E. Romero Jiménez<sup>d</sup>, P.J. Martín Olmedo<sup>e</sup>, M. Crespo López<sup>b</sup>, F.J. Pérez Delgado<sup>b</sup>, M.L. Freire Guerreño<sup>b</sup> y F.J. Arroyo Fernández<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Monovar. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia; <sup>c</sup>Cirujano General y del Aparato Digestivo; <sup>f</sup>Anestesiólogo. Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz.

<sup>d</sup>Médico de Familia. Hospital Costa del Sol. Marbella. <sup>e</sup>Médico de Familia. Consultorio Puente Mayorga. Centro de Salud de San Roque. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 70 años alérgica: penicilina. Antecedentes: asma, DM tipo 2, hipotiroidismo y hernia de hiato. Acude a Urgencias por presíncope de repetición desde hace 3-4 días con pérdida de consciencia en las dos últimas ocasiones en las que recupera la consciencia gritando; último episodio presenciado en triaje. Toma sulpiride prescrito por su médico de Atención Primaria sin mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, COC. Bien hidratada y perfundida. Glucemia capilar: 157 mg/dl. TA 150/70 mmHg. Eupneica en reposo saturando al 96%. Auscultación cardíaca y pulmonar sin hallazgos. Neurológico dentro de la normalidad. EKG: RS a 95 lpm sin hallazgos. Durante la exploración, previamente monitorizada, la paciente sufre un nuevo episodio de síncope en el que se constata asistolia, se comienza con masaje cardíaco volviendo a ritmo sinusal en segundos con sensación ansiosa y posterior vómito.

**Juicio clínico:** Disfunción sinusal con episodios de asistolia provocando síncope de repetición.

**Diagnóstico diferencial:** Síncope vasovagal o neurocardiogénico. Síncope posmiccional o defecatorio, sugestivo de embolio pulmonar. Síncope tusígeno, en pacientes con EPOC. Síncope deglutorio de la patología esofágica, por neuralgia glosofaríngeo o del trigémino. Síncope por reducción de retorno venoso en maniobras de Valsalva, estímulo vagal visceral, hipotensión ortostática y arritmias, ortostático, posprandial, causados por fármacos o drogas, por robo de la subclavia. Síncope cardíaco obstructivo, por estimulación del seno carotídeo, psiquiátrico; entre otros.

**Comentario final:** La paciente evoluciona con 3 nuevos episodios de asistolia con síncope, palidez mucocutánea y cianosis, resolviéndose con masaje cardíaco. Se decide colocación de marcapasos transitorio vía femoral derecha, procediéndose tras unos días a colocación de implante de marcapasos definitivo VVIR. Tras esto la paciente evoluciona favorablemente dándose de alta hospitalaria en dos días. La colocación de marcapasos es el plan terapéutico a seguir pudiendo prolongar significativamente el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas de presíncope y la pérdida del conocimiento de la paciente provocada por paro sinusal.

## **Bibliografía**

1. Fitzpatrick AP, et al. Recurrent symptoms after ventricular pacing in unexplained syncope. *Pacing Clin Electrophysiol.* 1990;13:619-24.
2. Narro ML, et al. Syncope: differential diagnosis. *Medicina de Familia SEMERGEN.* 2001;27(6).
3. Miralles B, et al. Pacemaker Therapy in Patients With Neurally Mediated Syncope and Documented Asystole. Third International Study on Syncope of Uncertain Etiology (ISSUE-3) A Randomized Trial.

**Palabras clave:** *Syncope. Pacemaker therapy. Asystole.*