



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3005 - UN SINCOPE DE ETIOLOGÍA POCO HABITUAL

A. García Gálvez^a, P. Abdeljabbar Parades^b, M.C. Aparicio Egea^c, A.R. Ruiz Andreu^a, J. Sánchez Sánchez^d, A.C. Frazao dos Santos^d, M. Martínez Pujalte^e, I. Asunción Soldá^f, M.V. Puche Gutiérrez^b y M.L. Armero Guillén^b

^aCentro de Salud Los Alcázares. Murcia. ^bHospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ^cCentro de Salud La Palma. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^fMédico Residente. Centro de Salud Torre-Pacheco Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años, natural de Marruecos, sin antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares de padre y hermano fallecidos jóvenes de causa desconocida. Traído por contusión nasal tras síncope. Refiere que al levantarse de la cama, de forma repentina, caída al suelo, pérdida de conocimiento y contusión nasal. No cefalea, dolor torácico ni palpitaciones previas a la caída.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado, bien hidratado, delgado. Constantes: TA 115/52. Pulso: 81 lpm. T: 36,4 °C. Hematoma en tabique nasal con sangrado activo por ambas fosas nasales. ACP: rítmico, sin soplos, m.v. normal sin ruidos agregados. MMII: Pulsos pedios presentes y simétricos, sin edemas. Analítica: Hb: 12,3. Hcto: 36,5%. VCM 91,9. Plaquetas: 143.000. Leucocitos: 7.740 (81% N, 8,3% L), Na 137, K 3,9, CK-NAK: 259, CK-MB: 1,81, troponina I: < 0,006, PCR 1,6. Coagulación: AP: 80%. PTTA: 1. Fibrinógeno: 319. ECG: RS a 85 lpm, eje normal, BCRDHH. TAC senos paranasales: fractura en la pared anterior de senos maxilares y pared anterior externa e interna del seno maxilar derecho. Ecocardiograma: Válvula aortica trivalva con ligera calcificación de los velos con buena FEVI 69%, PSAP 28 mmHg. Holter: Estudio normal. Test de ajmalina: se comprueba cambio en V1 y V2 sugerentes de patrón tipo I de Brugada.

Juicio clínico: Síndrome de Brugada tipo I.

Diagnóstico diferencial: Fibrilación ventricular idiopática. Síndrome QT largo heredofamiliar variante LQT3, displasia arritmogénica del VD.

Comentario final: Conceder siempre importancia a la clínica y prestar mucha atención a los pequeños detalles de las pruebas complementarias que solicitamos es la clave pues detrás de ellas se confirma nuestras sospechas o se descubre que existe algo más que en un principio no lo pensamos como fue el ECG de este paciente.

Bibliografía

1. Brugada P, Brugada J. Right bundle branch block, persistent ST segment elevation and sudden cardiac death: a distinct clinical and electrocardiographic syndrome. A multicenter report. J

Am Coll Cardiol. 1992;20:1391-6.

2. Proclemer A, Facchin D, Feruglio GA, Nucifora R. Recurrent ventricular fibrillation, right bundle-branch block and persistent ST segment elevation in V1-V3: a new arrhythmia syndrome? A clinical case report. G Ital Cardiol. 1993;23:1211-8.

Palabras clave: *Sincope. Síndrome de Brugada. Test de ajmalina.*