



## 242/1676 - SÍNCOPE EN LA CONSULTA

M. Vizcarra Manrique<sup>a</sup>, D. Rojas Jiménez<sup>a</sup>, T. Rodríguez Martínez<sup>a</sup>, M. Elizari Roncal<sup>b</sup> y C. Gallego Nieto<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Luis Santamaría. Burgos. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud José Luis Santamaría. Burgos.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón, 65 años con antecedentes de EPOC, exfumador de 48 años/paquete, síndrome ansioso. Presenta episodios de pérdida de conciencia con pródromos y recuperación espontánea, de corta duración sin relajación de esfínteres, en más de 4 ocasiones. Presentó en 2 ocasiones presíncope con cortejo vegetativo. Valorado por Cardiología en 2 ocasiones, se diagnostica síncope de probable etiología vagal sin cardiopatía estructural. (ECG: RS + BRD, ecocardiograma sin alteraciones, Holter normal). Valorado por Neurología: exploración normal. TAC craneal: sin alteraciones, EEG: Estudio normal. Diagnóstico: síncope. Acude a consulta donde presenta nuevo síncope con diaforesis objetivándose bradicardia menor de 40 lpm que recupera de forma espontánea a 100 lpm con mejoría del cuadro. ECG en Centro de Salud: ritmo sinusal con bloqueo A-V de 2º grado 2:1. Se deriva a Urgencias Hospitalarias donde ingresa en Cardiología para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analítica: Hb 15,5 g/dl, hematocrito: 46%, leucocitos 5,9 mil/mmc, INR 1, Na 134 meq/l, K4,4 meq/l, creatinina 0,72 mg/dl, urea 29 mg/dl. ECG: RS a 85 lpm, Eje 90°, BCRDHH. Rx tórax portátil: no cardiomegalia, sin redistribución vascular. Telemetría: frecuentes fases de bloqueo A-V 2º 2:1, bloqueo A-V 2º Mobitz II aislado y probable bloqueo A-V completo paroxístico.

**Juicio clínico:** Síncope de etiología cardiovascular. Trastorno degenerativo del sistema de conducción. Bloqueo A-V 2:1 con BCRD +HBAI.

**Diagnóstico diferencial:** Síncope vasovagal. Crisis comiciales.

**Comentario final:** El síncope es un motivo de consulta frecuente en pacientes mayores, y es un reto para el médico lograr el diagnóstico etiológico, como en este caso que se catalogó de origen vaso vagal tras estudios cardiológicos y neurológicos normales. En este caso como en muchos, el presenciar un síncope por personal sanitario permite examinar y realizar un ECG in situ al paciente, pudiendo así evidenciar patología cardiológica responsable del cuadro y poder realizar un tratamiento definitivo.

### Bibliografía

1. Vogler J, Breithardt G, Eckardt L. Bradiarritmias y bloqueos de la conducción. Rev Esp

Cardiol. 2012;65(7):656-67.

2. Martínez P, Sáez MP, Rubio JA, et al. Experiencia con el uso del registrador implantable de eventos en una serie de personas mayores con caídas y sospecha de síncope de origen arrítmico RSS. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 2014;49:121-4.

**Palabras clave:** Síncope. Bloqueo auriculoventricular.