



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4532 - NO ES NEUROMEDIADO TODO LO QUE PARECE

C. Cantón Ortiz^a, A. Pérez de Castro Martínez^b, M. de las Cuevas Miguel^b, O. Arredondo Hortigüela^b, A. González Gamarra^b y C. García Briones^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Avisan de una mujer de 86 años, dislipémica como único antecedente, que ha presentado un síncope con caída posterior desde una escalera a una altura aproximada de un metro. Los familiares informan de dolor de cadera derecha e impotencia funcional. Acudimos a domicilio y dada la estabilidad hemodinámica y clínica de la paciente, decidimos derivar al hospital en una ambulancia básica para descartar fractura de cadera y valorar el síncope. En el Hospital los familiares refieren que ha presentado tres síncope durante la mañana, siendo el último de ellos encima de la escalera.

Exploración y pruebas complementarias: TA 180/100 mmHg. FC 90 lpm. T^a 36,5 °C. Sat 96%. Destaca paresia facial derecha con claudicación miembro superior izquierdo. ECG normal. Analítica sangre y orina normales. Rx tórax, cervical, pelvis y cadera derecha sin alteraciones. TC cerebral con contraste IV. ACVA ACM derecha.

Juicio clínico: Accidente cerebrovascular agudo isquémico ACM derecha.

Diagnóstico diferencial: Con la anamnesis podemos definir tres perfiles de síncope.

Neuromediado: no cardiopatía conocida. H^a síncope de repetición. Desencadenante típico. Pródromos típicos. Tras bipedestación prolongada. Durante/tras las comidas. Post-esfuerzo. Ortostático: h^a neuropatía autonómica. H^a de Parkinson. Tras bipedestación. Tras bipedestación prolongada. En bipedestación post-esfuerzo. Tras inicio-cambio anti-HTA. Hipotensión ortostática. Cardiogénico: cardiopatía conocida. H^a familiar de MS. H^a familiar de CP congénita. Durante el ejercicio. En decúbito supino. Palpitaciones previas. ECG patológico (QRS ancho, BAV que no sea de 1^{er} grado, taquiarritmia...).

Comentario final: El síncope en el anciano suele ser neuromediado, tanto por degeneración del sistema nervioso autónomo como comorbilidades del paciente y la medicación que toma. Sin embargo, el síncope es un síntoma potencialmente mortal y debemos insistir en detectar datos de alarma para mejorar la morbimortalidad de nuestros pacientes. Con la historia clínica, exploración física y electrocardiograma detectamos datos de alarma y decidimos recurso de derivación.

Bibliografía

1. Moya A, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del síncope (versión 2009). Eur Heart J. 2009;30:2631-71.
2. Beneditt. D. Syncope in adults: Clinical manifestations and diagnostic evaluation UpToDate.
3. [http://www.fisterra.com/guias-clinicas/síncope](http://www.fisterra.com/guias-clinicas/sincope).
4. Solbiati M, Sheldon R, et al. Managing syncope in the elderly: the not so simple faint in aging patients. Can J Cardiol. 2016;doi: 10.1016/j.cjca.2016,04.005

Palabras clave: Síncope.