

SÍNCOPE

2020/2021- Bases de la Medicina Interna II, 3º. Tutor: Miguel Ángel López Ruz

GRUPO: María Dueñas Antequera, Paloma Domínguez Criado, Rocio Fernández Escobar, Teresa Fernandez Moreno, Carlos Fernández Romero, Juan Carlos Fernández Martínez, Paula Espada García, Walid El Maimoun Cortés, Antonio José Espinosa Laache, Jennifer Cabrera Ucha, Lidia Fernández Quintero, Cristina Fernández Camacho.



Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Motivo de la consulta: Síncope.

Mujer de 75 años, que es ingresada en el hospital por un episodio de síncope. Se encontraba cruzando la calle y sufrió una pérdida de conocimiento, sin síntomas de aviso. Los testigos afirman que estuvo inconsciente un máximo de 1 minuto. No se apreciaron convulsiones y aunque llega un poco aturdida se recuperó rápidamente.

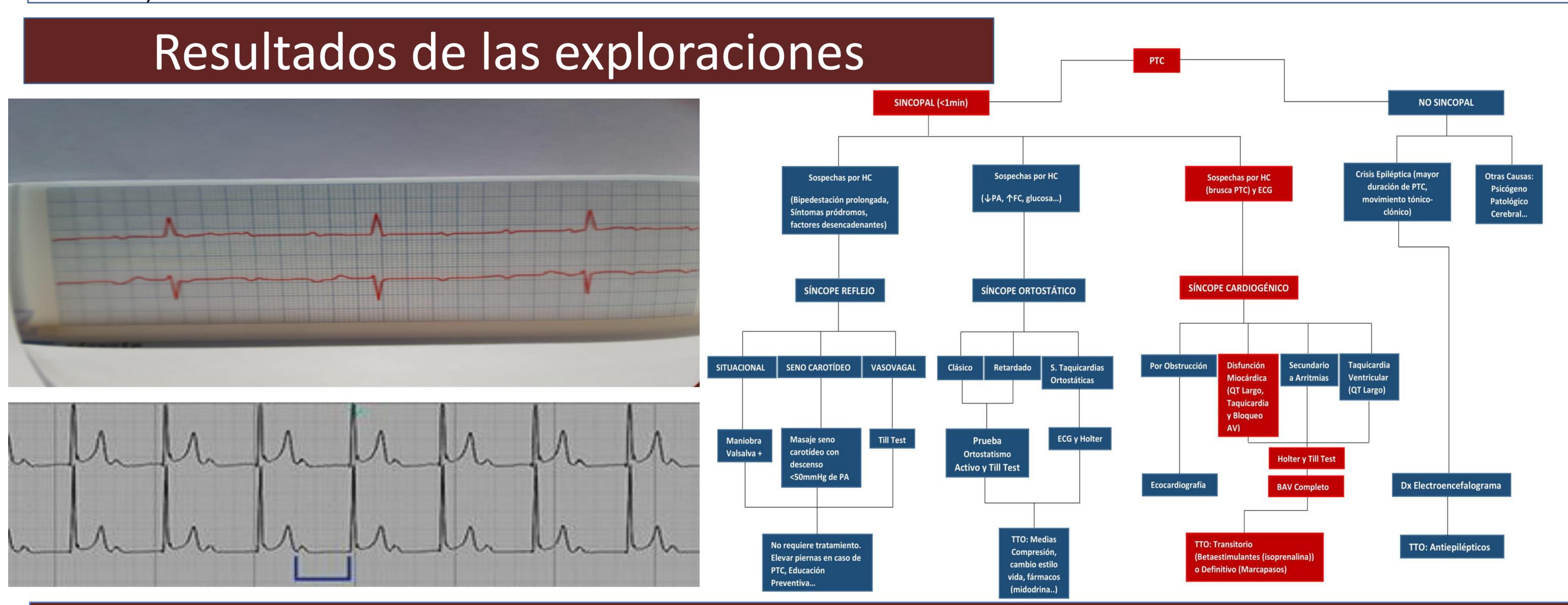
Exploración física y exploraciones complementarias

En primer lugar realizamos la anamnesis, que nos ayuda a obtener información sobre lo ocurrido, obteniendo los siguientes resultados:

- No llevaba mucho tiempo de pie. No recuerda ningún episodio desencadenante. No ha tenido ataques previos quedando asintomática tras el episodio. Sin síntomas de aviso. Aturdimiento en el momento de la recuperación.
- Características del ataque: pérdida de conocimiento corta, máximo un minuto, y sin convulsiones
- Sin síntomas de palidez, nauseas ni diaforesis.
- Antecedentes de HTA. No antecedentes relevantes ni personales ni familiares.

Exploración física: PA en decúbito supino= 162/85; de pie durante 3 minutos= 150/75; ECG= vemos un PR prolongado-bloqueo AV de primer grado; ECG del holter= vemos bloqueo AV de tercer grado.

En cuanto a las pruebas complementarias: pedimos ecocardiograma, holter y analítica que incluye glucosa, hemograma, iones y enzimas cardíacas, las cuales resultaron normales.



Conclusiones

Gracias a los resultados obtenidos en el Holter podemos concluir que se trata de un SÍNCOPE CARDIACO SECUNDARIO A BLOQUEO COMPLETO. Dicha patología se corrige de manera transitoria con betaestimulantes tipo isoproterenol (isoprenalina) o definitivamente con un marcapasos.

Referencias bibliográficas

- 1. Harrison. Principios de la medicina interna 14ª edición.
- 2. Mark AL. The Bezold-Jarisch reflex revisited: clinical implications of inhibitory reflexes originating in the heart. J Am Coll Cardiol. 1983;1:90-102.
- 3. Stricberger S, Benson W, Biaggioni I, Callans D, Cohen M, Ellenbogen K, et al. AHA/ACCF Scientific Statement on the Evaluation of Syncope. Circulation. 2006;113:316-27
- 4. Brignole M, Alboni P, Benditt D, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch P, et al. Guías de práctica clínica sobre el manejo (diagnóstico y tratamiento) del síncope. Actualización 2004. Versión resumida. Rev Esp Cardiol. 2005;58:175
- 5. Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope, European Society of Cardiology (ESC), European Heart Rhythm Association (EHRA), Heart Failure Association (HFA), Heart Rhythm Society (HRS), Moya, A., Sutton, R., Ammirati, F., Blanc, J. J., Brignole, M., Dahm, J. B., Deharo, J. C., Gajek, J., Gjesdal, K., Krahn, A., Massin, M., Pepi, M., Pezawas, T., Ruiz Granell, R., Sarasin, F., ... Wieling, W. (2009). Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). European heart journal, 30(21), 2631–2671

*Se define **SÍNCOPE** como pérdida de consciencia debida a hipoperfusión de los hemisferios cerebrales o del sistema reticular activador del tronco encéfalo.