

2. Síncope

Cabestany , B.; De Ribot, R.; Juan, A.

Definición

Pérdida de conocimiento repentina y transitoria de duración variable (suele ser breve).

Epidemiología

El 20 % de los adultos jóvenes han padecido por lo menos un episodio. La prevalencia aumenta con la edad y suelen ser benignos (más cuanto más joven es el paciente). El síncope es responsable del 3 % de las visitas a Urgencias.

Pronóstico

Los **síncope cardiogénicos** tienen una mortalidad en un año de entre un 20 % y un 30 %, y una incidencia del 33 % de muerte súbita en los siguientes 5 años.

Diagnóstico diferencial

Vértigo, crisis comiciales, trastornos psiquiátricos. Comúnmente se utilizan otros términos como sinónimos de síncope: lipotimia, presíncope, vahido, desmayo...

Causas

1. Síncope vasovagal (lipotimia). Es la forma más frecuente sobre todo en jóvenes. Pródromos (calor, náuseas, debilidad, palidez, sudoración, frialdad de manos y pies). Bradicardia. La recuperación es rápida al acostarse.

2. Síncope cardíaco. En personas de mayor edad y aparece a veces en posición de decúbito y sin pródromos (*Drop attacks*).

2.1.- Por lesiones anatómicas: IAM, estenosis aórtica, estenosis subaórtica hipertrófica idiopática, mal funcionamiento o trombosis de una prótesis valvular, mixoma auricular izquierdo, hipertensión pulmonar primaria, embolia pulmonar, taponamiento cardíaco, disección aórtica.

2.2- Por arritmias: taquiarritmias y bradiarritmias. Mal funcionamiento de MCP ya implantado por episodios previos.

3. Síncope vascular: Idiopático o posicional, hipovolemia, hemorragia masiva casi siempre de origen digestivo, rotura de bazo, anemias severas, hiponatremia, enfermedad de Addison, fármacos (diuréticos, hipotensores, fenotiacinas, tricíclicos, IMAO y alfaadrenolíticos, sildenafil, nitritos gangliopléjicos), feocromocitoma, neurológico por alteración en la regulación autonómica de la TA, polineuropatías, síndrome del seno carotídeo.

4. Síncope cerebrovascular. Insuficiencia arterial vertebrobasilar, síndrome del robo de la subclavia, enfermedad de Takayasu.

5. Otras causas: Situacionales (síncope miccional, síncope tusígeno, defecación, deglución, postprandial en vagectomizados), metabólicos (hipoglicemia), por hiperventilación, psicógeno (ansiedad, somatizaciones...).

Signos de alarma orientativos de síncope de origen cardíaco

Historia familiar de muerte súbita, cardiopatía conocida o sospechada (soplo, cardiomegalia, dolor torácico asociado a síncope), palpitaciones coincidiendo con el síncope, alteraciones ECG (TVNS, bloqueo bifascicular, bradicardia sinusal inapropiada < 50 o bloqueo sinoatrial sin presencia de fármacos, WPW, QT largo o corto, BRD + elevación ST V1-V3 sospechoso de síndrome de Brugada, T (-) derechas u onda epsilon, o extrasístoles ventriculares frecuentes como sospecha de displasia aritmogénica del VD, portador de marcapasos, traumatismo grave sin diagnóstico definitivo, síncope de repetición sin diagnóstico definitivo.

Anamnesis básica

- Pródromos, causa desencadenante, posición previa (de pie, sentado...), contusión/caída al suelo, movimientos durante el episodio, forma de recuperación.
- **Antecedentes:** epilepsia, cardiopatía (atención cardiopatía isquémica y valvulopatía Ao), neumopatía (síncope tusígeno)...
- **Signos de alarma:** Dolor torácico sugestivo de ser coronario en paciente con antecedentes de CI, palpitaciones sostenidas en pacientes con antecedentes de taquiarritmia (sobre todo TV), síncope en portador de MCP o DAI, disnea y dolor pleurítico (sospecha de TEP).

Exploraciones diagnósticas:

- La interpretación del **ECG** es fundamental. En el algoritmo de decisión se entiende por **ECG patológico** aquel que sugiera cardiopatía subyacente causante de síncope (ej.: signos de necrosis, isquemia o lesión miocárdicas, hipertrofias ventriculares o sobrecarga sistólica que sugiera EAo o MHO – atención a los soplos cardíacos) o bien arritmias (taqui o bradiarritmias) o bloqueos de conducción con riesgo de degenerar a bloqueo auriculoventricular.
- **Masaje del seno carotídeo:** pausa ventricular de > 3" o disminución de la TA > 50 mmHg define la hipersensibilidad del seno carotídeo. Cuando esta se acompaña de síncope, se define el síndrome del seno carotídeo (se requiere la reproducción de los síntomas durante 10"). Requiere monitorización FC y Tart. Está contraindicada en pacientes con antecedentes de AIT o ictus en los 3 meses previos, o en pacientes con soplos carotídeos (excepto si se dispone de doppler carotídeo que descarta la presencia de estenosis significativas).
- **Test de ortostatismo (valorar indicación urgente/preferente):** se define como positivo la reducción de la TAS ≤ 20 mmHg o diastólica ≤ 10 mmHg, a los 3 minutos del paso de bipedestación desde el decúbito.
- **Ecocardiografía (si está disponible, valorar indicación urgente/preferente):** sólo estará indicada para el diagnóstico de aquellos casos con sospecha de cardiopatía estructural.

