

Sincopes de repetición en un varón de mediana edad.

Motivo de consulta: Varón de 58 años que acude a Urgencias por pérdida de conciencia súbita sin movimientos anómalos ni mordedura de lengua pero con relajación esfínteres; y recuperación *ad integrum* en segundos. En las últimas 48 horas refiere fiebre de 38°C en relación con infección respiratoria. Este episodio lo ha presentado en 4-5 ocasiones en los últimos años, todos precedidos de fiebre y uno mientras realizaba ejercicio físico.

Antecedentes personales: Ex-fumador. No otros factores de riesgo cardiovascular. Neuralgia trigémino en tratamiento farmacológico. Sincopes de repetición no filiados.

Antecedentes familiares: Posible antecedente de muerte súbita en abuelo materno a los 55 años

Medicación habitual: Gabapentina 300mg/12h; Rivotril 2.5mg/12h; Amitriptilina 50mg/24h

Exploración física: T 36°C, FC 120lpm, TA: 120/70mmHg; vigil y orientado, tonos rítmicos, sin soplos. No focalidad neurológica aguda. Resto normal.

Pruebas complementarias:

1. **Análisis de sangre:** leucocitos 10.560 (80%N, 9%L), Hb. 14.1g/dl, PCR 86.4, troponina I 0.01, CK 351.
2. **Rx tórax:** sin lesiones pleuroparenquimatosas.
3. **Diferencia PA:** PA bipedestación 125/75mmHg; PA decúbito 120/70mmHg
4. **ECG:** ritmo sinusal 100lpm, PR normal, elevación ST V1-V2 con imagen de bloqueo rama derecha (*fig. 1*)

Orientación diagnóstica: Sincope

Evolución: durante su estancia en urgencias aparece fiebre y se repite ECG: ritmo sinusal a 100lpm, PR normal, imagen de bloqueo rama derecha y elevación ST V1-V2 con patrón de Brugada tipo I (*fig. 2*)

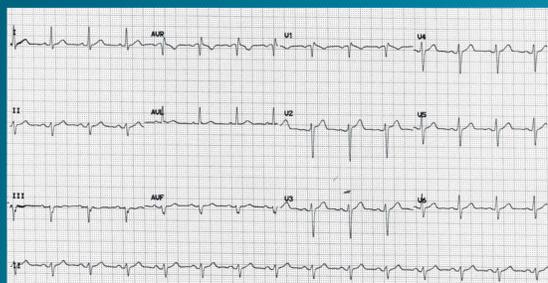


Fig 1: ECG sin fiebre

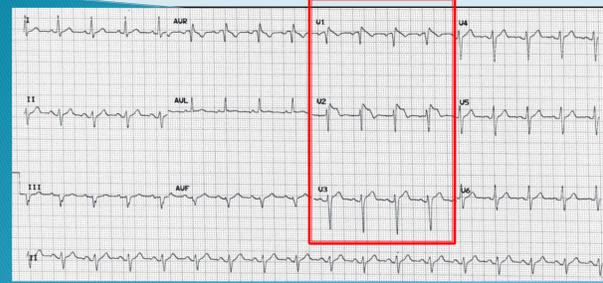


Fig 2: ECG con fiebre

Etiología del síncope:

CARDÍACOS	ARRITMIAS	BRADIARRÍTMIAS como el Bloqueo A-V completo, Bloqueo A-V Mobitz II o Bloqueo de rama derecha + Izquierda.
		TAQUIARRÍTMIAS: Suelen producir síncope las taquicardias supraventriculares por cardiopatía de base, las taquicardias ventriculares, el intervalo QT largo y el síndrome Brugada (elevación ST en V1 y V2 simulando bloqueo de rama derecha).
		CARDIOPATIA ESTRUCTURAL: Principalmente cardiopatía obstructiva (Estenosis aortica, miocardiopatía hipertrófica, estenosis pulmonar, tromboembolismo pulmonar y hipertensión arterial pulmonar).
NO CARDÍACOS		HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA: Aparece en relación al ortostatismo (por hipovolemia o fallo de los mecanismos reflejos). Se puede objetivar caída de la presión sistólica > 30 mmHg y/o de la diastólica > 15 mmHg.
		VASOVAGAL: Desencadenado por un precipitante (dolor, miedo, agresión...) o por situaciones favorecedoras (ortostatismo prolongado, aglomeraciones, calor...) con ECG normal y sin cardiopatía estructural.
	SITUACIONAL:	Tusígeno: Provocado por un acceso importante de tos.
	Diagnóstico de alta probabilidad cuando el síncope se asocia a una de las situaciones, no excluye otras causas.	Miccional: Antes, durante o después de la micción.
		Defecacional: Durante o inmediatamente después de la defecación.
		Deglutorio: Desencadenado por la deglución.
		HIPERSENSIBILIDAD DEL SENO: Relacionado a maniobras estimuladoras del seno (afeitado...). Prueba de reproducción: masaje seno carotídeo
		FÁRMACOS: como los vasodilatadores, diuréticos o hipotensores; junto con las drogas: cocaína, marihuana.
		ENFERMEDAD NEUROLÓGICA como el Parkinson, ...

Diagnóstico definitivo: Sde Brugada tipo I

Implantación de DAI

Sde Brugada Tipo 1: elevación ST >2mm descendiendo con una convexidad hasta una onda T negativa

Conclusiones:

- Ante un síncope debemos diferenciar 2 grupos etiológicos: cardíacos y no cardíacos.
- La historia clínica es fundamental para la orientación etiológica en el síncope.
- La prueba complementaria *gold standard* es el electrocardiograma, que puede ser, o no, diagnóstica.
- El principal factor pronóstico que determina la mortalidad de un síncope es la presencia de cardiopatía estructural o el hallazgo de alteraciones electrocardiográficas.
- El síndrome de Brugada puede desenmascarse mediante maniobras clínicas (inducción farmacológica) o en situaciones de estrés como la fiebre.
- Ante síncope de repetición y hallazgos electrocardiográficos consistentes en elevación del ST en precordiales derechas con patrón de bloqueo de rama derecha y un corazón estructuralmente normal, llegamos al diagnóstico de Sde. Brugada.