

Síncope

Definición

El síncope se define como pérdida brusca y transitoria de conciencia, normalmente asociada a pérdida del tono postural y caída al suelo, seguido de rápida y completa recuperación sin necesidad de intervención. El mecanismo subyacente es una disminución transitoria del flujo sanguíneo cerebral. El síncope puede clasificarse en cuatro categorías: neuromediado o reflejo, ortostático, cardíaco y cerebrovascular. El pronóstico depende fundamentalmente de la causa, siendo los de origen cardíaco los que se asocian con una mayor tasa de morbi-mortalidad. La evaluación inicial debe incluir una historia clínica y exploración física completas y un ECG.

El presíncope se define como las sensaciones que directamente preceden al síncope, tanto si van seguidas de pérdida de conciencia como si no. El paciente suele referir síntomas inespecíficos, como mareo o visión borrosa, que se solapan con la fase prodrómica del síncope ([ver tabla 2](#)). El presíncope tiene la misma etiología y significación clínica que el síncope.

Tabla 1. Causas de ataque no-sincopales.

Sin pérdida de conciencia

- Caídas
- Drop attacks
- Pseudosíncope psicógeno
- A.I.T carotídeos
- Vértigo

Con pérdida de conciencia (parcial o completa)

- Alteraciones metabólicas: hipoglucemia, hipocapnia (hiperventilación)
- Epilepsia
- Intoxicaciones
- A.I.T vertebro-basilares

Diagnóstico diferencial

Figura 1.

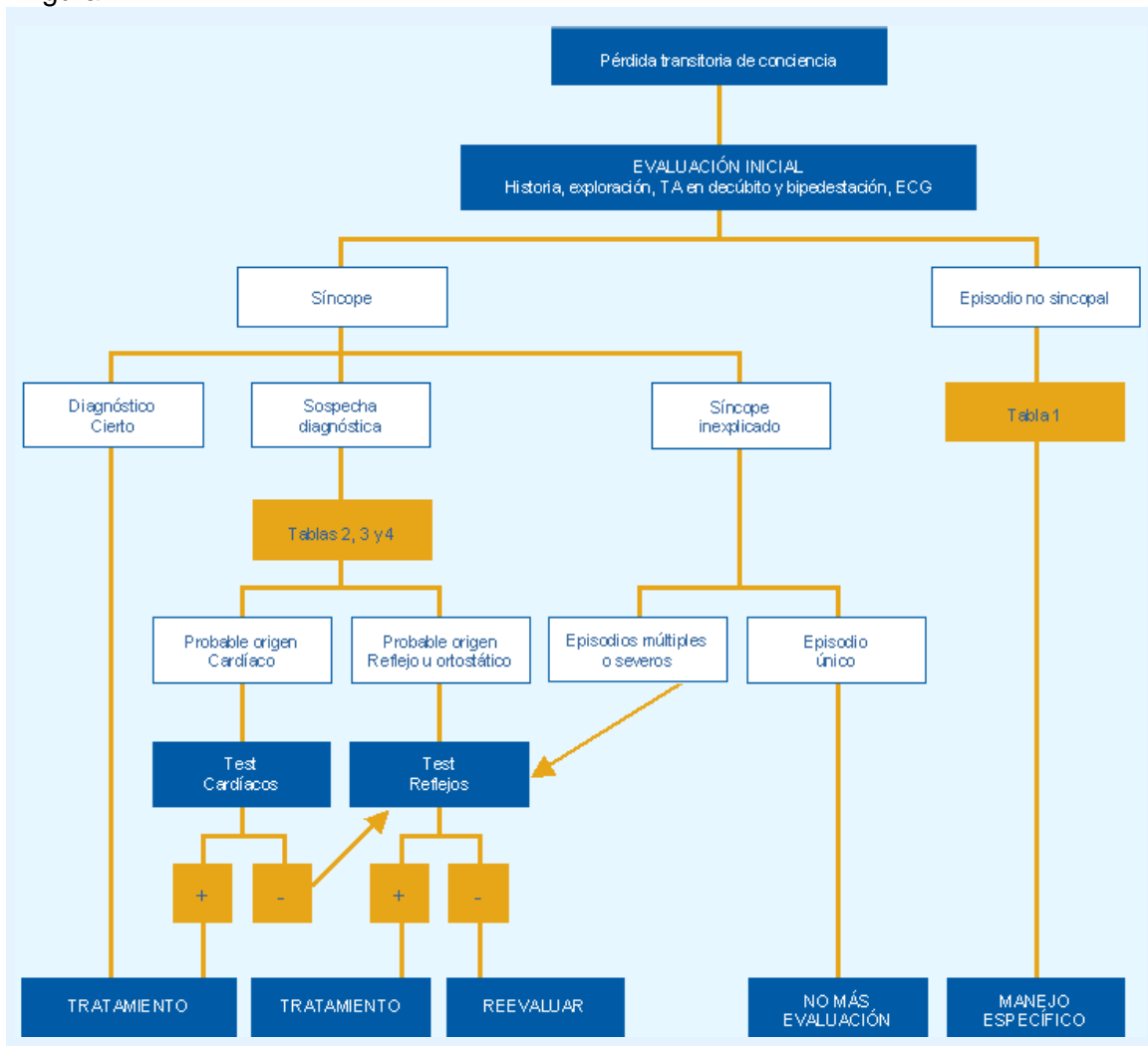


Tabla 2. Causas de Síncope.

SÍNCOPE NEUROMEDIADO (REFLEJO)

Es la causa más frecuente, representa entre el 36 y el 62 % de todos los síncope, y presenta tres variantes: vasovagal, hipersensibilidad del seno carotídeo y situacional. Ninguno de las tres se asocia con riesgo aumentado de morbi-mortalidad cardiovascular.

- **El síncope vasovagal.** Se diagnostica mediante la historia clínica. Clínicamente tiene tres fases: una prodrómica, habitualmente precedida de por una circunstancia desencadenante (dolor agudo, visión de sangre, bipedestación prolongada, stress emocional), y caracterizada por diaforesis, malestar epigástrico, debilidad, bostezos, náuseas y puede durar varios minutos. La siguiente fase es la pérdida de conciencia, seguida de una fase post-sincopal que puede durar horas, incluso días, y que puede incluir desorientación, náuseas, confusión prolongada y sensación de malestar.
- **El síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo** debe sospecharse cuando el síncope es precedido por una manipulación accidental del seno carotídeo (giro de la cabeza, al afeitarse, corbatas o collares ajustados) especialmente en pacientes ancianos. Puede diagnosticarse mediante la historia clínica o al ser reproducido mediante masaje del seno carotídeo ([tabla 3](#)).
- **El síncope situacional** hace referencia a episodios sincopales relacionados con la micción, defecación, tos o estimulación gastrointestinal. La historia es diagnóstica.

SÍNCOPE ORTOSTÁTICO

Hace referencia a aquellos casos en que la posición ortostática, mas frecuentemente el cambio de posición de tumbado o sentado a de pie, causa hipotensión. Representa entre el 2 y el 24 % de todos los síncope. La hipotensión ortostática se define como una caída de al menos 20 mm Hg en la tensión arterial sistólica (TAS) o 10 mm Hg en la diastólica (TAD) después de permanecer de pie tres minutos. Puede ser debido a una por déficit en el sistema nervioso autónomo (diabetes mellitus, enolismo), la segunda causa mas frecuente de este síndrome es la depleción de volumen. También se asocia con el empleo de diuréticos, antihipertensivos o antidepresivos.

SÍNCOPE CARDIACO

Entre un 10 y un 30 % de los síncope tienen su origen el corazón. Clásicamente se han distinguido dos grandes causas:

- **Arritmias cardiacas** que causan un descenso en el gasto cardiaco.
- **Cardiopatías estructurales** que pueden desencadenar un síncope cuando la demanda circulatoria sobrepasa el gasto cardiaco disminuido propio de estas entidades. En la [tabla 4](#) podemos las alteraciones electrocardiográficas que sugieren un origen arritmogénico del síncope. Los hallazgos anormales en el ECG están presentes en el 90% de los pacientes con síncope cardiogénico, pero solo en un 6% de los pacientes con síncope reflejo.

SÍNCOPE CEREBROVASCULAR

La causas menos frecuente, representa solo el 1% de todos los síncope. Debe sospecharse cuando junto con el síncope concurren síntomas o signos neurológicos: vértigo, ataxia, disartria, diplopía, etc.

Tabla 3. Signos y síntomas orientativos en el síncope.

Antecedentes, síntomas o signos	Diagnóstico probable
Después de decúbito prolongado	Síncope vasovagal
Después del ejercicio en personas entrenadas	Síncope vasovagal
En lugares concurridos, calurosos, o en relación con estímulos molestos	Síncope vasovagal
Durante el ejercicio	Síncope cardiogénico
Inmediatamente después de toser, orinar, defecar o tragar	Síncope situacional
Después de rotación del cuello, afeitarse o al utilizar collares ajustados del seno carotídeo	Síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo
Después de incorporarse	Síncope ortostático
Palidez	Síncope neuromediado
Cianosis	Síncope cardiogénico, convulsiones
Nauseas, disconfor abdominal, sudoración, ansiedad	Síncope vasovagal
Soplos cardíacos	Descartar origen cardiovascular (Cardiomiopatía hipertrófica, estenosis aórtica, myxoma auricular)
Antecedentes familiares de muerte súbita	Sind. de Brugada, síndrome de QT largo

Tabla 4. Alteraciones ECG que sugieren un síncope arritmogénico.

- Bloqueo bifascicular
- QRS > 0,12 seg.
- Bloqueo AV 2º grado tipo Mobitz I
- Bradicardia sinusal en ausencia de medicación cronotrópica negativa
- Signos de pre-excitación
- Intervalo QT alargado
- Bloqueo de rama derecha con elevación del ST de V1 a V3 (Síndrome de Brugada)
- Ondas T negativas en precordiales derechas, ondas epsilon y potenciales tardíos ventriculares sugerentes de displasia arritmogénica del ventrículo derecho
- Ondas Q sugerentes de infarto de miocardio

Tabla 5. Criterios de derivación hospitalaria.

- Sospecha o diagnóstico cierto de origen cardíaco
- Alteraciones en el ECG sugerentes de síncope arritmogénico
- Síncope que ocurre durante el ejercicio
- Historia familiar de muerte súbita
- ACVA o signos de focalidad neurológica
- Hipotensión ortostática severa

Más estudios

En aquellos pacientes en los que se sospecha un origen cardiaco el siguiente paso es la monitorización electrocardiográfica (**Holter**) durante 24 horas. Si no aparecen arritmias o no ocurre un síncope durante la monitorización está indicado una monitorización mas prolongada (72 horas). En pacientes que han sufrido un episodio sincopal durante el ejercicio, especialmente en aquellos en los que se detecta un soplo cardiaco, se debe realizar una **ecocardiografía**.

El test de la mesa basculante (**HUTT test**) se emplea en la evaluación de los síncope inexplicados especialmente en aquellos pacientes con corazón normal. Un test positivo se considera diagnóstico de síncope vasovagal.

Conflicto de interés

No declarados.

Autores

- Antonio Fornos Garrigós
Centro de Salud Picanya. Picanya
- Victoria Gosalbes Soler
Centro de Salud. República Argentina. Valencia

Autor para correspondencia

- Antonio Fornos Garrigós
E-mail: afornos@inbox.com

Bibliografía

1. The task force on syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on Management (diagnosis and treatment) of syncope – Update 2004. European Heart Journal (2004) 25, 2054 – 2072.
<http://eurheartj.oxfordjournals.org/cgi/reprint/22/15/1256.pdf>
2. Thomas H Miller, Jerry E Kruse. Evaluation of syncope. Am Fam Physician 2005; 72: 1492-1500.
<http://www.aafp.org/afp/AFPprinter/20051015/1492.pdf>
3. José Javier Cota Medina, Pedro Ceballos García. Síncope. Guías clínicas Fistera. 2005; 5 (31).
<http://www.fistera.com/guias2/sincope.asp>
4. David C. MacDonald. Emergencias cardiovasculares. Medicina de Familia, principios y práctica. 5º ed; 732-736.