



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Clínica cotidiana

Síncope en un paciente con miocardiopatía hipertrófica

Laura Mateos Sánchez

Centro de Salud Garrido Norte. Sisinio de Castro, Salamanca.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de diciembre de 2025

Aceptado el 26 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Síncope

Miocardiopatía

Troponina

R E S U M E N

Se presenta el caso de un varón de 41 años con miocardiopatía hipertrófica septal del ventrículo izquierdo, en seguimiento cardiológico y en tratamiento con bisoprolol, que presentó un episodio de desvanecimiento tras un traumatismo en tobillo jugando al fútbol. La anamnesis y la exploración inicial en atención primaria no mostraron signos de alarma, y las pruebas complementarias, incluida la radiografía y el electrocardiograma, no evidenciaron cambios agudos. La derivación hospitalaria permitió descartar complicaciones cardiológicas y confirmar estabilidad clínica. Se diagnosticó de mareo vasovagal secundario al dolor intenso por traumatismo, con evolución favorable y seguimiento ambulatorio. Este caso permite revisar aspectos prácticos para la identificación y manejo del síncope en pacientes con cardiopatía estructural.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Syncope in a patient with hypertrophic cardiomyopathy

A B S T R A C T

We present the case of a 41-year-old man with septal hypertrophic cardiomyopathy of the left ventricle, under cardiology follow-up and treatment with bisoprolol, who experienced a fainting episode following an ankle trauma while playing football. The initial history and physical examination in primary care revealed no alarm signs, and complementary tests, including radiography and electrocardiogram, showed no acute changes. Hospital referral allowed the exclusion of cardiac complications and confirmed clinical stability. The patient was diagnosed with vasovagal dizziness secondary to intense pain from trauma, with a favorable outcome and outpatient follow-up. This case allows us to review practical aspects for the identification and management of syncope in patients with structural heart disease.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Keywords:

Syncope

Cardiomyopathy

Troponin

Descripción del caso clínico

Varón de 41 años, de origen portugués, con antecedentes de miocardiopatía hipertrófica septal del ventrículo izquierdo, en seguimiento cardiológico y tratamiento con bisoprolol. No presenta alergias ni hábitos tóxicos relevantes.

Acude a Urgencias de atención primaria tras sufrir un traumatismo en el tobillo derecho mientras jugaba al fútbol, asociado a dolor intenso, sudoración profusa y disnea leve, seguido de un episodio de desvanecimiento. No refiere dolor torácico ni palpitaciones.

La anamnesis detallada y la exploración física inicial muestran constantes vitales normales, auscultación cardiopulmonar y examen neurológico sin alteraciones, y tumefacción con dolor a la palpación y movilización en el tobillo derecho. Se realizan radiografías de tobillo y tórax, que no evidencian fracturas ni hallazgos relevantes, y un electrocardiograma (ECG), que muestra un ritmo sinusal a 75 latidos por minuto, con eje eléctrico normal, intervalo PR normal, bloqueo de rama derecha y alteraciones de repolarización (descenso del ST y onda T negativa en derivaciones V3-V6), sin cambios respecto a registros previos.

Dada la presencia de patología cardíaca de base y la pérdida de conciencia, se decide la derivación hospitalaria para completar el estudio, incluyendo analítica y ecocardiografía. La analítica muestra una troponina en meseta (748-709 ng/L) y un péptido natriurético cerebral N-terminal tipo B elevado (1.113 pg/ml), mientras que la ecocardiografía transtorácica es concordante con la miocardiopatía conocida y sin hallazgos agudos. Con base en estos resultados y la relación temporal con el traumatismo y el dolor intenso, se establece el diagnóstico de mareo vasovagal secundario a dolor por traumatismo de miembro inferior.

El paciente evoluciona de forma favorable, manteniendo su tratamiento habitual y con seguimiento ambulatorio en su centro de referencia.

Comentario

El síncope vasovagal es la causa más frecuente de pérdida transitoria de conciencia en la práctica clínica, incluso en pacientes con cardiopatía estructural. Se caracteriza por un inicio súbito, corta duración y recuperación completa y espontánea. La fisiopatología implica la activación de reflejos autonómicos que provocan bradicardia y vasodilatación, reduciendo el flujo cerebral^{1,2}. En pacientes con miocardiopatía hipertrófica o cualquier cardiopatía estructural, es fundamental diferenciar el síncope benigno del cardiogénico, ya que este último puede asociarse a riesgo de arritmias graves o muerte súbita¹. La evaluación

inicial en atención primaria debe centrarse en una anamnesis dirigida, una exploración física completa y la realización de un ECG, identificando signos de alarma que sugieran un origen cardiológico, como síncope en reposo o durante el ejercicio, ausencia de pródromos, dolor torácico, palpitaciones, disnea, antecedentes familiares de muerte súbita o recurrencia de episodios^{1,2}.

En este caso, el episodio se desencadenó por dolor intenso tras un traumatismo, un factor precipitante clásico del síncope vasovagal^{1,2}. La ausencia de cambios evolutivos en el ECG y en los marcadores cardíacos, junto con la concordancia de la ecocardiografía con la miocardiopatía previamente conocida, permitió un manejo ambulatorio sin necesidad de hospitalización ni intervención adicional¹.

El caso resalta la importancia de identificar los factores precipitantes del síncope para orientar la conducta clínica, así como de diferenciar el síncope vasovagal del cardiogénico mediante criterios clínicos y pruebas complementarias básicas^{1,2}. Asimismo, es fundamental educar al paciente para que reconozca los pródromos y adopte medidas preventivas, como evitar el ortostatismo prolongado o el esfuerzo físico excesivo¹. En los pacientes estables, se recomienda un seguimiento ambulatorio manteniendo el tratamiento habitual, con derivación únicamente si aparecen signos de alarma o recurren los episodios^{1,2}.

Este enfoque permite un abordaje seguro y eficiente del síncope en atención primaria, basado en la estratificación del riesgo y en los antecedentes del paciente¹. Aunque el síncope vasovagal es el más frecuente, en pacientes con patología cardíaca de base es fundamental descartar un origen cardiogénico, por lo que la sospecha clínica debe guiar la indicación de estudios adicionales y la derivación al ámbito hospitalario cuando esté justificada^{1,2}. Una evaluación adecuada y un seguimiento individualizado permiten garantizar la seguridad del paciente y reducir el riesgo de complicaciones asociadas al síncope¹.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castañeda-González JP, Orozco JE. Síncope: enfoque diagnóstico para el médico en atención primaria. *RevSalud Bosque*. 2023;13(2).
2. Méndez CS, Martínez AM. Síncope. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2024;31(1):33-9.