



760 - SÍNCOPE COMO MANIFESTACIÓN DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2

R. Fuerte Martínez, Ll. Soler Rangel, B. Pérez-Monte Mínguez, J.L. Valle López, P. Martínez Martín, I. Rábago Lorite, J.M. Maza Ortiz y S.J. Rony Castillo Ovalle

Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir la relación entre síncope y COVID-19 como presentación atípica de la enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes con diagnóstico, tanto por demostración microbiológica como por cumplir criterios clínicos, analíticos y radiográficos, de infección por SARS-CoV-2 ingresados en el Hospital Universitario Infanta Sofía durante los meses de marzo, abril y mayo de 2020 cuyos datos se extrajeron de la historia clínica, siendo analizados con Excel. Se estudió la edad como variable cuantitativa. Como variables cualitativas, el sexo, la clínica de síncope y disautonomía y la evolución clínica simplificada en alta o *exitus*.

Resultados: Se obtuvo una n de 8 pacientes con infección por SARS-CoV-2 y síncope/presíncope. Uno quedó excluido del análisis por presentar TEP masivo. El sexo predominante fue el masculino (6 pacientes) frente a un único caso en mujer. La media de edad fue de 69,71 años. Tres pacientes acudieron por síncope, dos por presíncope y otro presentó caída no traumática. Los síntomas típicos de COVID se iniciaron entre uno y cuatro días después. Tres presentaron clínica sugestiva de disautonomía con rachas de taquicardia, uno presentó además un cuadro de retención aguda de orina y otra labilidad tensional. La evolución fue buena en todos ellos con alta a domicilio o a centro de media estancia.

Discusión: La relación entre síncope y COVID-19 ha sido comunicada recientemente mostrando que puede ser una forma de presentación atípica de la enfermedad. El mecanismo fisiopatológico por el cual se produce este síntoma en la infección por SARS-CoV-2 no se ha descrito con exactitud. Existen cinco casos publicados de síncope en pacientes que llevan dispositivos cardíacos (marcapasos permanentes y un desfibrilador automático implantable). En ninguno de ellos se objetivaron taquiarritmias o bradiarritmias durante el episodio. Se les realizó también ecocardiograma y angioTC sin evidenciar causa estructural o embolia pulmonar, descartando síncope cardiopulmonar. Excluyendo esas etiologías se propone como explicación fisiopatológica un síncope neuromediado secundario a disfunción autonómica. El fallo autonómico podría deberse a un daño directo del virus o inmunomediado, como se ha descrito en otras afecciones neurológicas. La disfunción autonómica se ha descrito en la COVID-19 en otras manifestaciones distintas al síncope, como pueden ser la taquicardia sinusal sin otra causa que la justifique. Otros factores que pueden estar relacionados con el síncope en la COVID-19 son la inflamación, con la expresión de citoquinas que producen daño vascular que puede dar lugar a vasodilatación, y la hipoxia con poca sensación

disneica referida por el paciente.

Conclusiones: Aunque es un síntoma atípico, el síncope puede ser la manifestación inicial de la COVID-19. La fisiopatología del síncope puede ser variada y a veces multifactorial. Se deben investigar causas cardiopulmonares y potencialmente graves, pero la disfunción autonómica que puede producir el SARS-CoV-2 debe considerarse también como el origen de la clínica.