

Episodio sincopal en mujer obesa de 36 años - 2010

Dr. Luis Dajud

Femenina de 36 años de edad, de profesión abogada, obesidad grado II, estrés. Episodio sincopal, precedido de palpitaciones y sensación de falta de aire con restitución ad integrum antes de llegar a un hospital (refieren que recuperó la conciencia antes de 5 minutos)
Las palpitaciones se incrementan con las actividades diarias normales desde el año 2005 y mejora con el reposo mental y físico.

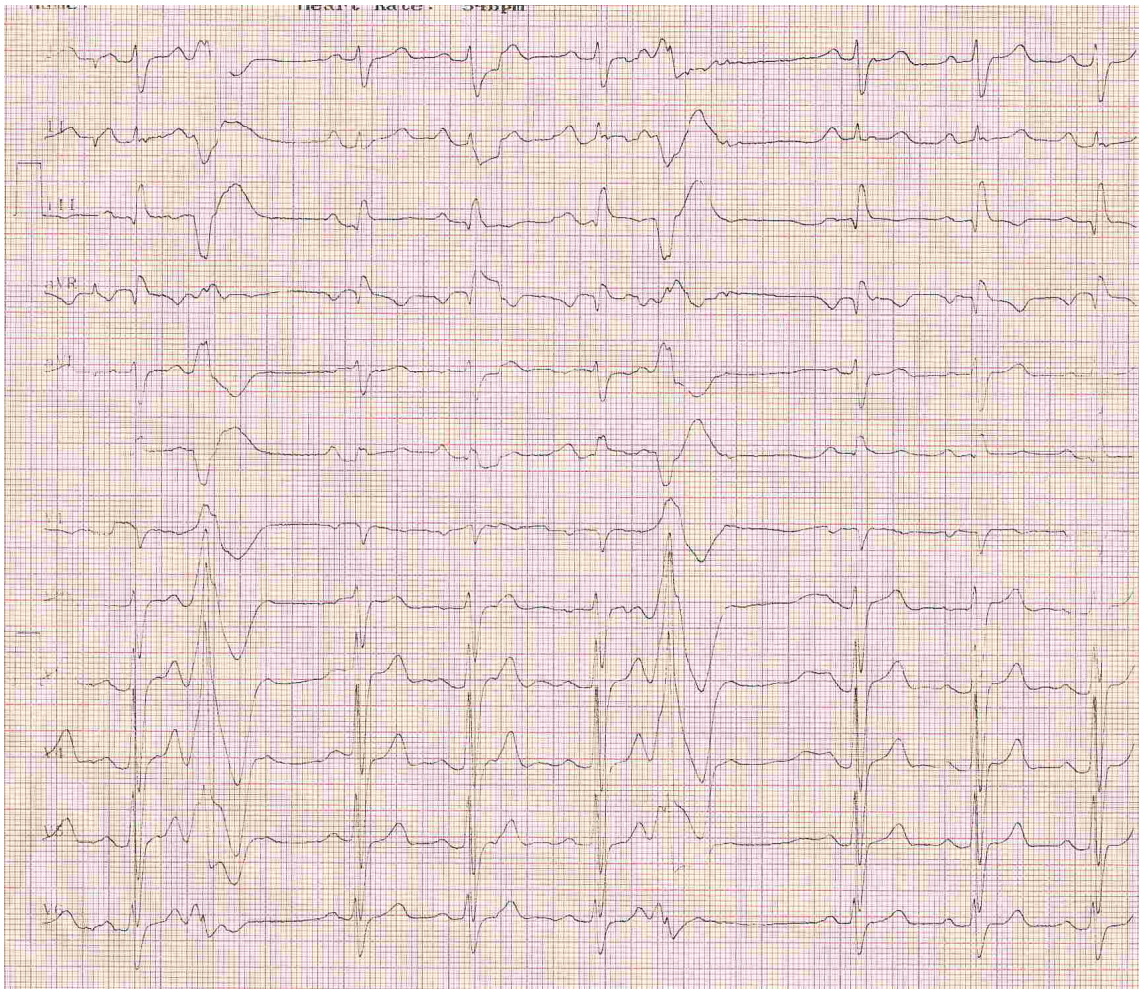
Antecedentes familiares en Línea paterna:
25 familiares han tenido enfermedad cardiovascular, entre ACV e IAM, historia que se remonta a los años 1925.
20 de ellos murieron por IAM-ACV o muerte súbita antes de los 65 años de edad.
El padre tiene CRM a los 50 años.

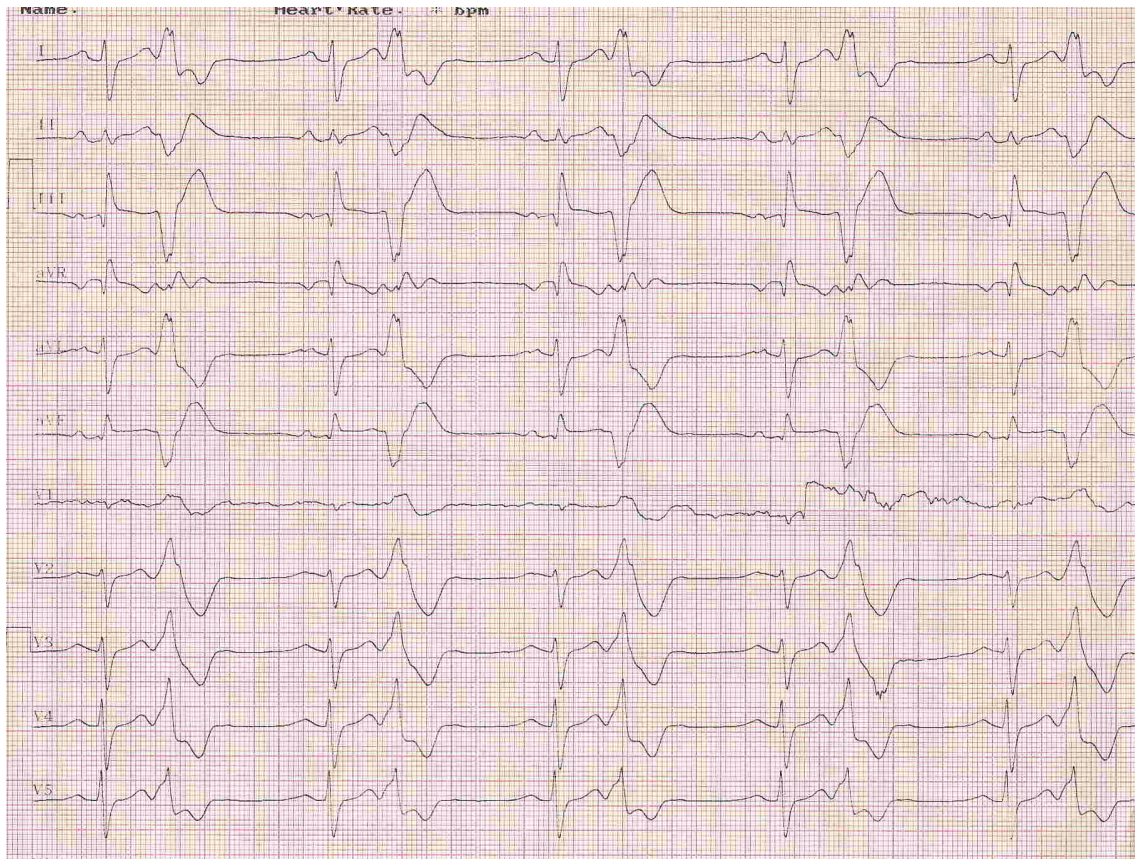
Examen físico normal, excepto su IMC aumentado con auscultación cardíaca y pulso radial irregular.
Las extrasístoles no desaparecen con el aumento de la FC

Ecodopler cardíaco normal
Ergometria pendiente.
Rx de tórax normal
Laboratorio normal
No existen otros datos patológicos; la línea paterna no han tenido ninguna otra clase de investigación al respecto.

Adjunto dos trazados posteriores al evento. (uno de ellos con el standard de 5, disculpen el error técnico)

Luis E Dajud C.





OPINIONES DE COLEGAS

Querido Luis, descartaría en principio las causas habituales como origen del síncope, especialmente vasovagal, sería bueno saber qué refiere la paciente antes de desmayarse; por otro lado habría que ver si la extrasistolia ventricular que parecería provenir de la región basal posterior, por donde discurre la hemirama posterior, tiene relación con el episodio sincopal, lo que es bastante raro, ya que las TV idiopáticas de VI de tipo fascicular, son bien toleradas hemodinámicamente (si pensamos en un origen arrítmico del síncope).

Tiene antecedentes CV de peso en su frondosa historia familiar, pero es muy joven, aunque habría que tenerlo en cuenta, igual que una serología para Chagas.

Como última cosa, pero bien al final si no encontrás nada, existen procesos cicatrizales, basales y posteriores, similar a lo que acontece en el Chagas, relacionados con sarcoidosis. (ojo, no me maten, dije pensando en cosas más raras, al final del camino)

Saludos

Francisco Femenia (Pancho)

Hola Dr Dajud:

El trazado se ve algo "borroso", no obstante se deja ver lo siguiente:

El ritmo es sinusal, con un PR con BAV de primer grado (PR entre 0,24 y 0,27 segs.);

Posee un HBPS IZquierdo más un QRS que está en el límite para ser considerado como normal;

He querido encontrar sobrecarga de AD para culpar a dicha desviación del Eje del QRS a la derecha, pensando en EPOC, tabaquismo severo, neumoconiosis etc. Pero a lo sumo en el 2° trazado le encuentro una sobrecarga de AI, pero no de la AD.

No hay alteraciones del ST-T, punto J ni nada a qué atribuirle el origen isquémico de la modificaciones; también se descarta la HVI, aunque el mejor método es la Ecocardiografía, y por lo que informan ésta es Normal.

La Extrasitolia parece bigeminada y con imagen de BCRD en V1-2, con su eje eléctrico a la izq.

Pienso que la Ergometría puede ayudar algo, y si bien es joven, estamos teniendo últimamente casos de coronariopatía de diverso grado en personas de la edad de la paciente, tanto varones como mujeres.

Conclusiones del ECG:

-Ritmo sinusal

-BAV de primer grado

-HBPSIzq.

-Extrasitolia V. frecuente y bigeminada;

-Sobrecarga AI

Nota: caso la Ergometría dé Normal, y tanto el TIF para Tripanosoma Cruzi y el de Aglutinación para Chagas den negativos; y el estudio tiroideo den negativos (T3,T4 y TSH), pienso se merece un EEF; previo un Holter x 24 hs.

Saludos

Dr. Carlos A Soria S.

Medico cardiólogo

Estimado Luis, tu caso me parece interesante. Como ya discutimos con Adrián sobre el tema síncope en corazones "estructuralmente sanos" todo lo relacionado a la historia clínica con las característica prodrómicas relacionadas al síncope son importantes, Que no la has descrito detalladamente.

Me parece que el estrés puede jugar un papel importante, porque la paciente relata palpitaciones que se incrementan con las actividades diarias, lo que habla que el simpático está en juego. Por lo tanto la prueba de esfuerzo es lo que sigue, ya que el ECO es normal.

Las EV son las consideradas "wollfianas" y no creo que emerjan del sistema de conducción sino del miocardio (son muy anchas). Esas EV son benignas en corazones normales.

Que tenga antecedentes familiares de enfermedad coronaria es a tener en cuenta por la carga genética que eso implica. Ese es un tema que se está estudiando, pero

ahora no creo que esté relacionado con el síncope.

¿Cuál es tu preocupación?

Saludos.

Oscar Pellizzon

Querido Pancho,

Respondiendo a tu comentario valioso te cuento que:

La paciente solo refiere o recuerda haber presentado previo al síncope palpitations intensas y sensación de falta de aire (es lo que anote en la presentación inicial) parecería que tienen relación prodrómica con el síncope. No existió otro signo o síntoma.

Al reinterrogatorio no reúne criterios de etiología vaso vago.

Veo esta paciente con riesgo, tiene antecedentes familiares muy pesados (ACV, IAM, muerte súbita!!!), la línea paterna se ha enfermado a edad temprana, tanto hombres como mujeres, justo en la edad que ella tiene hoy.

Mujer joven con historia familiar patológica, EV, corazón con aparente estructura normal pero con síncope y muchos familiares jóvenes fallecidos por puntos finales cardiovasculares.

En principio quisiera que miraras bien el trazado que estaás "viendo" con ojos más críticos.

Fijate que el QRS tiene un retardo en las fuerzas finales, muestra una S empastada en DI, la cual persiste hasta V6 con una R terminal en aVR.

A mi me impresiona un ¿BRD enmascarado precordial?.

Analizando las EV, estas son de base ancha, tempranas, me parecen que no son del fascículo las cuáles son angostas.

Las EV que presenta son muy anchas y se originan del miocardio común, originadas en la base y el musculo papilar posterior del VI.

No estoy delirando, no veo estas EV como "BENIGNAS" no las subestimo por su historia familiar y el síncope.

Interpreto que las palpitations precedieron al síncope y fueron intensas, luego vino la pérdida de la conciencia.

Estoy esperando la PEG por el tema que se incrementan con la actividad diaria y el estrés.

No tiene epidemiología para Chagas como tampoco un "enigma envuelto en un misterio" enfermedad de Boeck, no hay lesiones granulomatosas por ningún lado. ¡No delires con la Sarcoidosis!!!

En resumen

las palpitations son por su arritmia ventricular

Las considero malignas por que se asocian a un episodio de síncope, son de riesgo, independientemente de su lugar de origen (base)

Descarté causas cardíacas, extracardíacas, medicamentos, drogas, psiquiátricas.

Dejo las siguientes Preguntas:

- 1- ¿Le digo que es una paciente de bajo riesgo para sufrir un evento maligno?
- 2- ¿Si la PEG no ayuda al diagnóstico o el Holter, no es necesario más estudios?
- 3- ¿Dónde coloco al síncope?

Recibe un afectuoso saludo que lo hago extensivo al foro.

Luis Enrique Dajud C

Luis querido, creo que tu razonamiento clínico e intuición es muy importante, y ante esto, al descartar un probable origen neurocardiogénico del síncope y dados los antecedentes familiares, intentaría por todos los medios descartar un sustrato isquémico y por otro lado directamente haríaa un estudio electrofisiológico y tratar de ver si inducimos TV y a partir de acá decidir cuál será el mejor tratamiento para ofrecerle. Trataría de hacer el EEF, en las condiciones basales más cerca de lo normal, esto es si se puede evitar sedación profunda sería lo ideal. Otra cosa no se me ocurre, Abrazo

Pancho Femenia

Estimado Luis, veo tu contestación a Francisco y como me pareció interesante el caso me atrevo a responder algunas cosas.

1. Te preocupan mucho los antecedentes familiares de la paciente. Es cierto, hay que tenerlos en cuenta, pero ello no implica necesariamente que a la paciente le vaya a pasar lo mismo.
2. De acuerdo a tu análisis ECGráfico sospechas un BRD, ¿eso implica algún riesgo? Muchos pacientes jóvenes presentan este trastorno y no hacen MSC y viven muchos años.
3. Las EV de acuerdo a las evidencias son “benignas”, hasta ahora, porque decir que alguien tiene un corazón normal es muy difícil. Puede haber algo subyacente, pero hasta ahora no tenemos los métodos necesarios para encontrarlo.
4. La estimulación ventricular programada es de poca ayuda en estos casos. Las veces que la hice son negativas incluido isoproterenol.
5. Hay que esperar la PEG, a lo mejor allí surge algo. No debemos adelantarnos a los métodos cuando aún no tenemos los resultados de ellos.
6. También tenemos que tener en cuenta que en un alto porcentaje el “síncope es de origen desconocido”
7. SE me ocurre una alternativa, loop recorder y ver qué pasa cuando tiene esas palpitaciones.

Saludos,

Oscar Pellizzon

Estimado Dajud

Comparto totalmente tu preocupación por esta enferma joven la cual tiene antecedentes familiares importantes, obesidad II, presenta síncope y un trazado electrocardiográfico patológico: bloqueo AV de primer grado, QRS ancho de 0.14 s AQRS desviado a la derecha, es decir trastorno severo de la conducción, más la arritmia ventricular.

En este sentido llamo la atención al foro **sobre el 4to. QRS de ECG Nº 1** viendo desde la izquierda (incluyendo en la cuenta la extrasístole) o el **3ro. del ritmo de base**, como quieran, y pregunto: ¿es un latido de fusión? Además los PP y RR del ritmo basal son menores que el posterior a este latido. Pregunto: ¿si es un QRS de fusión cambia el diagnóstico y el pronóstico de esta paciente? y ¿qué estudios y tratamiento indicarían en forma prioritaria?

Saludos a todos

Dr. Claudio Goldini

Buenos Aires

Querido Luis

Perdón por subirme tan tarde a este caso. Pero no entiendo muchas cosas de las que decís.

¿Es este resumen correcto?

Paciente mujer joven, muchos antecedentes familiares, corazón estructuralmente sano, síncope precedido de palpitaciones (pero NO relacionado a esfuerzo), síncope SIN Traumatismo facial u otras injurias.

ECG: RS, aparentemente BRD (no vi el ECG pero NO tiene BRI) y unas EV anchas.

Si este cuadro está bien pintado (y no me perdí nada sustancial del tema):

1. EL EEf, creo como señaló Oscar, tiene muy baja sensibilidad. Los pacientes con síncope vagal o POTS tienen frecuentemente palpitaciones.
 2. Palpitaciones precediendo al síncope NUNCA fue demostrado ser un signo de "malignidad". Los signos clínicos de malignidad son:
 - a. Síncope relacionado con esfuerzo
 - b. Síncope repetitivo con trauma facial u otras injurias (quebraduras, accidentes automovilísticos, etc)
 - c. Síncope SIN pródromos (ver score del OESIL - Eur H J 2003)
 3. Los antecedentes familiares, no indican que el síncope tenga que ser evaluado con EEf.
 4. Es un ERROR aunar: SÍNCOPE por un lado y Extrasístole Ventricular por el otro. Nada indica que ambas cosas están unidas o conectadas. Para eso el EEf tendría que estimular una TV monomorfa sostenida con la misma morfología de tus EV. Y además colapsar a la paciente. Situación que en corazón sano es extremadamente rara.
- Concuerdo en realizar prueba de esfuerzo.

Te cuento Luis, que los Dres. Sclarovsky y Baranchuk participarán la semana próxima de un Simposio de Electrocardiografía y Enf. Cardiovascular en Barranquilla, Colombia.

Lo organiza un tal Luis Dajud, buen tipo, y como no sabe nada de síncope, me hace hablar a mi...

Un fuerte abrazo y te veo la próxima semana
Salud

Adrián Baranchuk (AB)

Estimado Dr. Dajud:

1. concuerdo plenamente con Ud que padece de una enfermedad familiar asociada con MS.
2. El ECG además del PR prolongado presenta QRS de 0,12 seg y un eje desviado a la derecha. El intervalo QT es de 480 mseg. El QTc es de 500 mseg. Las EV son monofocales de ligadura fija y siempre caen en la pendiente descendente de la onda T. Interpreto padece algún trastorno de origen familiar, con QT prolongado y obviamente frente a cualquier medicamento o prolongación espontánea de su QT me impresiona sustrato suficiente para presentar TV y riesgo de MS.
Como refiere laboratorio normal obviamente no se trata de un trastorno hidroelectrolítico, ni metabólico. Y no refiere drogas.
No tiene antecedentes de MCP en familiares por lo que no me impresiona una enfermedad de Lenegre.
Si la ergometría es negativa, realizaría de todos modos un EEF.
Creo resulta relevante invitar a los familiares de la paciente y realizar estudios diagnósticos de rutina (ECG obviamente).
¿Críticas, sugerencias? las recibo con todo gusto.
Un saludo a todos
Martin Ibarrola

Estimado Adrián

Le pido que lea mi opinión, está en este email. Ya que no vió el ECG, su versión sobre el latido que señalo del ECG no.1 de este caso y el resto del ECG (está en email que mandó Dajud), sería muy provechosa para mi y supongo que para Dajud y el resto del foro, también se lo pido a Oscar y a Pancho.

Saludos
Dr. Claudio Goldini
Buenos Aires

Hola Claudio

Un placer saludarlo.
Lamentablemente no tengo el ECG conmigo y mi opinión está basada en un caso clínico donde desde el punto de vista ECG parece haber un posible BRD. En este contexto una mínima prolongación del QT NO tiene significancia clínica, por lo que lo pasé por alto.

Su descripción del as extrasístoles es muy linda y me trae a la cabeza lo de:
"Una golondrina NO hace verano" (no me acuerdo quién lo dijo pero ELEPE lo saca enseguida).

¿Qué quiero decir? En el contexto de buena función ventricular izquierda, si se trata de una extrasístole ancha o angosta, una fusión o cualquier otra cosa, eso, "per se", no modifica el pronóstico.

Ahora, si se trata de puro análisis ECG, podemos invertir mucho tiempo discutiendo el origen y mecanismo de ese latido único (y con gusto lo haré si me manda de nuevo el ECG, perdón por la desprolijidad).

Bienvenido al foro a alguien que un latido lo desvela. Si Ud supiera mis noches en vela, buscando latidos, rastreando ondas P, entreverado con los QRS, fuente de misterios y dudas...

Salud
AB

Gracias Edgardo por recordar el caso a los tarambanas como yo, asmáticos, y atareados.

El segundo ECG induce a error ya que la velocidad de registro está cambiada.

En el primero hay una bigeminia ventricular originada en la región ínfero-basal del VI (BRD en V1 con eje inferior a superior). Las ligaduras me parecen fijas por lo que el mecanismo parasistólico es menos probable. No me parecen fusiones que también orienta hacia parasistolia.

Ahora, a la historia clínica le falta de todo, amigo Luis.

1. ¿Qué estaba haciendo exactamente cuando tuvo el síncope?
2. ¿Sabemos cuál fue la TA y FC cuando llego la emergencia? (dato que nunca se toma y es de fundamental relevancia como lo publicáramos con Morillo en Europace 2005)
3. La extrasistolia es monomorfa, pero creo que arritmias polimorfas debieran ser descartadas. ¿cómo?
 - a. Prueba de esfuerzo: esto permitirá lo siguiente:
 - Evaluación de isquemia (joven, pero con pesados antecedentes)
 - Comportamiento del QT. No me impresiona prolongado, pero entra dentro de los diagnósticos diferenciales. Los primeros 15 minutos, el comportamiento del QT es primordial
 - Inducción de arritmias por ejercicio (aún ante la falta de isquemia) por ejemplo CPVT. Por examen físico normal, descarto un Andersen Tawil.
 - b. Test de Adrenalina: hoy hicimos uno en una paciente joven con dudoso test de esfuerzo y el test de Adrenalina fue conclusivo para Long QT.
 - c. Si ambas cosas son negativas, la dejaría ir SIN medicación y le pondría un monitor de eventos por 3-4 semanas. Es barato, inocuo, y podrá decirnos más sobre las palpitaciones rápidas.
4. ¿Se le midió TA ortostática en la guardia cuando ingresó? ¿Que se hizo en la guardia? En mi experiencia a estos pacientes les dan Amiodarona enseguida, lo cual agrava el comportamiento del QT.

Saludos a Luis y a Claudio. AB

Estimado Dr. Adrián: o estoy más dormido yo de lo habitual o no logro observar que los trazados estén obtenidos a diferente velocidad o amplitud (se visualiza al inicio de DIII esto), entiendo que en bloqueo de rama pierde valor la medición del QRS para diagnóstico de QT prolongado.

El intervalo JT por la formula me da un valor entre 105 y 121 en diferentes latidos lo que me impresiona también prolongado.

Lo uúltimo que quiero es cuestionarlo porque es obvio me encuentro a años luz de lo que Ud es capaz de analizar, mis disculpas si mi interpretación resulta errónea.

Le envío un abrazo

Martin Ibarrola

Puede que el dormido sea yo, pero el ECG está mal registrado acorde a lo que mis neuronas permiten, Martín.

Años luz hoy en día no es una diferencia muy grande. Yo aprendo mucho de sus análisis así que cuestione, Martín, cuestione. Es la única manera de aprender todos juntos.

Hay 2 líneas de pensamiento con esta paciente:

1. está muy enferma (Luis, Ud y otros)
2. no está muy enferma (Oscar, yo y otros)

Sigamos juntando evidencia.

Abrazo Martín

AB

Estimado Dr. Adrian lo que está cambiado es la amplitud, en el ECG con bigeminia ventricular está obtenido a la mitad de amplitud (0,5) que el ECG posterior, la velocidad de registro es la misma.

Ya me desvelé mirándolo y estoy más dormido aún, le agradezco su humildad.

Espero el estimado Dr. Dajud se de unos minutos en la organización de su evento y la suba a la cinta.

Dr. Dajud ¿tiene algún registro posterior sin arritmia?

Un abrazo

Martin Ibarrola

Hola Adrián, Oscar y "otros"

Aprendo mucho de este foro y su libertad de aceptar cuestionamientos, como clínico cardiólogo insisto en que esta persona tiene un severo trastorno de la conducción con bloqueo AV de primer grado, BRD y episodios de palpitaciones con antecedentes familiares importantes. Para mí el tercer latido basal del ECG 1 si me permiten, parece una fusión, hay que descartar episodios de Taq. ventricular. En el segundo ECG las extrasístoles "caen" en la rama descendente de la onda T. Si aceptamos, para ser unicista, que el episodio sincopal podría haber sido provocado por arritmia, me

pregunto cuál es el tiempo que tenemos para hacer estudios complementarios y cuáles serían prioritarios.

Muchas Gracias

Dr. Claudio Goldini

Buenos Aires

Claudio

No son cuestionamientos, son opiniones “super” validas de un cardiólogo clínico.

Bienvenida sean.

El error NO está en la interpretación electrocardiográfica sino en el valor que le atribuí a la misma.

BAV 1 er grado + BRD no DEBE ser puesto junto con antecedentes familiares, porque son 2 cosas distintas. Si tu padre murió a los 60 años como consecuencia de enfermedad coronaria, y tú a los 36 tienes BRD, no tienes necesariamente lo mismo, ni el riesgo incrementado de presentar MS por arritmia ventricular. Esa conexión, si bien interesante, NO ha sido NUNCA probada.

Para esta mujer joven tener riesgo incrementado de MS tendría que tener 2 posibles cosas:

1. Una enfermedad hereditaria (canalopatía, Brugada, CPVT).
2. Enfermedad coronaria (donde entonces SI, los antecedentes familiares pesan).

En ausencia de estas 2 condiciones, esta paciente NO tiene riesgo aumentado de MS, por tener extrasístoles ventriculares en corazón estructuralmente sano.

La segunda IMPORTANTE falacia de tu último email es querer descartar una TV dado que ves una fusión. La causa maás frecuente de FUSIÓN (durante ritmo sinusal) es la parasistolia ventricular, una arritmia automática, generalmente benigna y rara vez sintomática por síncope (existe la taquicardia ventricular parasistólica, pero es rara).

Creo que tu confusión viene por el lado de ver FUSIONES durante una taquicardia de QRS ancho, donde ahí SI, la presencia de FUSIÓN indica TV (¿puede ser así, Claudio?)

Y además, Claudio, ¿como querés descartar TV en corazón sano? ¿Con un EEF? La sensibilidad es 60-65% y la especificidad alrededor del 50%. ¿Y si el EEF es negativo? ¿Descartás seguro que no fue TV? Seguramente NO, dada la baja especificidad. Por lo tanto, bajo tu razonamiento, esta paciente terminaría con un CDI o drogas antiarrítmicas. ¿Cuál fue tu evidencia? Síncope en corazón sano (precedido de palpitaciones), bigeminia ventricular....¿parece poco, no?

Mi postura:

1. PEG.
2. Prueba de Adrenalina.
3. Si ambas negativas, Monitor de Eventos por 4 semanas.

Luego discutir de nuevo con los resultados. Si los 2 primeros tests dan la pista (isquemia, arritmia inducida por ejercicio o comportamiento anormal del QT), luego lo hablamos.

Salud

AB

Hola Claudio, ¿porque decís "severo trastorno de conducción" y que implicancias le das en el contexto del paciente?

Por otro lado es lo que venimos discutiendo hasta ahora: si el síncope es de origen arrítmico o si es de origen vasovagal o neurocardiogénico.

Al mismo tiempo, no quedan dudas que las extrasístoles del ECG son ventriculares, ahora venimos sugiriendo, suponiendo, tratando de seguir un razonamiento lógico si estas EVs encontradas en el ECG posterior al evento tienen o no relación con el o los episodios sincopales. Tiene antecedentes familiares importantes, a tener en cuenta sin dudas, pero no veo (perdón si no me acuerdo) que estemos ante una paciente con importantes antecedentes de muerte súbita familiar no isquémica (canalopatías, displasia, miocardiopatía hipertrófica, etc), todo lo que comento Luis, se refería a antecedentes familiares graves, importantes relacionados con cardiopatía isquémica. Adrián y Oscar ya comentaron algunas cosas interesantes, y en mi primer mail me sume a la idea que es a mi entender había que descartar en primer lugar un mecanismo vasovagal que además típicamente en personas jóvenes antes durante el presíncope tienen taquicardia referida como palpitaciones. Luis a su buen criterio no cree que sea así, interrogó y reinterrogó a la paciente claramente. Tiene hasta ahora todos los estudios normales, falta la ergometría,

Si yo como médico de cabecera (que será el único de nosotros que va a poner la cara frente al paciente y su familia, en este caso Luis), tengo dudas y sospecho algo grave cardiológico, bienvenido para el paciente porque seguramente Luis o cualquiera de nosotros arbitraremos todos nuestro ingenio y recursos para darle básicamente un diagnóstico de seguridad a la paciente, y esto queridos amigos no tiene críticas, perdonenme pero así lo veo, después vendrán a decirme porque le pediste esto o lo otro, no que la sensibilidad es baja, todo bárbara, debate académico de alto vuelo, pero cuando te quedan dudas.....y no estoy diciendo de que haya que poner un cardiodesfibrilador ni mucho menos, y como dijo Adrián y Oscar tal vez esta paciente necesite un grabador de eventos (loop recorder) y esto en Latinoamérica es barato, NO!!! sale lo mismo que un marcapasos tipo VVIR, pero si lo necesita lo necesita, abrazo y que siga el debate, se puso lindo Luis, siempre armando despelote con tus monos verdes (es una broma amigo para romper el hielo), igual ayer le comenté al sensei Adrián un caso que seguramente será complejo, y ambos coincidimos en una chorrera de cosas que vamos a tener que hacer, después lo presentaremos para el debate, abrazo.

Pancho Femenia

Estimados amigos del foro reciban todos un cordial saludo, espero hayan dormido bien porque yo en las tres últimas noches no he podido, es precisamente por el trabajo de la UCI polivalente (ayer a las 11 am ingresamos un hombre de 30 años, pastor evangélico, en shock, HDB, IRA, por cuadro de ictericia de weill-leptospirosis) falleció hoy a las 4 am) luego de 1 hora de RCCP.

Espero me sepan comprender por no responder a ustedes oportunamente, doctores:
Soria, C.

Goldini, C.

Ibarrola, M.

Pellizon, O.(conozco su escrito sobre palpitaciones, Como las interpreta el cardiólogo?)
Femenia, F.

Baranchuk, A. (se subió de último y viene con todo...enchufado, recuperado y encima estuvo en Miami), además es el experto que escribió junto a Carlos Morillo el capítulo X del libro de cardiología de la SCC sobre:

1-SIO crónica

2- Síncope

3-MS

Así que imaginen que todo lo que dice está en el libro.

Aclaro lo siguiente:

La paciente perdió el tono postural y la conciencia en reposo, precedido de palpitaciones y disnea (eso dije y es lo único que refiere) estaba sentada, no hubo esfuerzo, no me impresiona de origen neuromediado pero su real etiología permanece desconocida y para mí como a otros (Drs Ibarrola, Goldini, Soria) está enferma y la historia de MS en su familia "pesa".

Más allá de la evidencia que existe en el screening de pacientes con corazón sano y síncope (la evidencia no es una camisa de fuerza) la veo con un pensamiento crítico y me queda bien claro que su FEVI y su CF de la NYHA son normales, por lo tanto me obliga a desechar los maás fuertes y duros predictores de MS.

(Bigger,JT. Circulation 1984;69:250-8)

Myerburg RJ, Am J Cardiol 1997;80: 10F-19 F)

(Morillo CA. Diagnostic evaluation and management of syncope. In hess ME(ed) Heart disease in primary Care, Williams&Wilkins, Baltimore, 1999;pp.266-275)

Hubo restitución ad integrum (eso dije) sin déficit neurológico). Llegó a un hospital de I nivel, no hay cardiólogos, etc, le dijeron que "no era nada y la TA era normal" se fue de vuelta a casa. Ellos no leyeron a:

Baranchuk A y col, Registry on the evaluation of syncope assesment strategy in the emergency room (RESASTER study). Heart Rhythm 2005;2(Is):265(abstract).

Los dos EKG (hechos por la enfermera que me asiste en lo privado) tienen velocidad de 25 mm/seg, el único defecto técnico es el standard de 5 mm en las precordiales en uno de ellos.

Son tantas las respuestas que tengo que dar respecto al caso de SYNKOPTEIN pero ahora no me es posible, pido solo unas horas.

Encima cuando llego a casa mi esposa me dice que la bebe (recién nacida) no la dejó dormir por que tiene reflujo y gases y me pide que yo la haga dormir!!!).

Además ahora en la mañana debo reunirme con salud pública para tratar el tema de la muerte materno infantil por TRALI e IAM septal, caso que presente recientemente en el foro.

La PEG no se le ha realizado por que no tiene tiempo, es una abogada civil y laboral, muy ocupada.

Les mando un abrazo y seguimos más tarde.

Luis E Dajud

Luis

La semana que viene, con todo gusto, entre caso y caso, me hago cargo de la bebe.

Les recuerdo a todos los colegas que se puedan ir hasta Barranquilla, que Don Samuel se viene con todo. ¡¡¡Para no perderselo!!!

Ojalá la PEG esté lista para cuando yo este allí, y si quieres Luis, con gusto me entrevisto con tu paciente.

En correo adjunto, el Abstract al que hice referencia en un email anterior. Esto debiéramos escribirlo, tiene información jugosa para este tipo de casos.

Salud, Luis. Tu ingenio y sapiencia, hacen de cada caso una discusión interesantísima!

Salud y duerme un poco junto a la bebe, nada más lindo en la vida...

AB

Hola Adrián y Francisco

Interesante, según Dajud cuando aporta los antecedentes familiares (datos muy bien tomados) nos refiere que varios de ellos murieron de muerte súbita o IAM-ACV
Datos para tener en cuenta.

(Línea paterna:

25 familiares han tenido enfermedad cardiovascular, entre ACV e IAM, historia que se remonta a los años 1925.

20 de ellos murieron por IAM-ACV o muerte súbita antes de los 65 años de edad.

El padre tiene CRM a los 50 años.)

Por lo tanto el valor del trastorno de la conducción adquiere cierto valor. En cuanto al mismo (por favor siempre hablo como clínico) y respondiendo también a Francisco Femenia lo pongo en un contexto clínico general de la paciente con los datos familiares y su enfermedad actual. Pareciera que esta paciente tiene un BRD e HBPI con BAV de primer grado. Quizás exagero al decir trastorno severo, el QRS es de por lo menos 0.14 s., se podría suponer que el que el BAV de primer grado ¿es porque además tiene compromiso en la conducción en la div. anterior de la RI??. Esta patología es frecuente en el Chagas o en miocardiopatías de otra etiología, o en trastornos degenerativos del sistema de conducción, tiene un ecocardiograma normal, descarta enfermedad valvular y compromiso miocárdico evidente.

Tiene además arritmia ventricular, si observamos, insisto el ECG 1 vemos que el cuarto latido podría ser de fusión con un RP mayor que los anteriores del ritmo basal (aquí pido su opinión, la correspondiente a este latido)

Adrián, tengo claras las características de la TV, señalo la fusión por la posibilidad de la parasistolia que a veces coincide con extrasístoles ventriculares y también puede desencadenar TV, como vos decís la mayoría de las veces tolerada. El trazado no es largo. En el segundo tiene EV bigeminadas en todo el trazado, dato también a tener en cuenta luego de haber sufrido síncope

Hablamos de corazón estructuralmente sano con solo el ecocardiograma. No sabemos si tiene enfermedad coronaria una de las dos posibles causas que señalás como importante y tiene antecedentes familiares, la segunda que referís.

En fin, para no aburrir, sigo pensando que por sus antecedentes, síntomas y los hallazgos del ECG es una paciente compleja en la que el riesgo no debería ser minimizado.

Saludos a todos

Claudio Goldini

Adrián y amigos: No se sabe quién lo dijo primero, pero sí sabemos en qué contexto se utiliza el refrán (que por lo general es de autor anónimo). UNA GOLONDRINA NO HACE VERANO: Sentencia usada para dar a entender que el caso no es significativo y que no puede tenerse como regla. "Señor, una golondrina sola no hace verano" (El Quijote, capítulo XIII, 1ª parte / Carmen Andrés Hernando - Velilla de San Esteban y Pedro Jesús Carrasco García - Ágreda) <http://www.alcozar.net/quijote/refranes.htm>

Cordial saludo.

Luciano Pereira (ELEPE)

Estimados Foristas:

Realmente esto es lo que pasa muchas veces con los pacientes con síncope!, uno no sabe a ciencia cierta qué riesgo tiene "mi" paciente!.

Yo estoy de acuerdo con que uno debe definir si tiene o no cardiopatía, ya que esto es lo que va a definir el pronóstico del paciente....pero ¿qué es tener corazón sano?, ¿qué estudios debo pedir?. Hoy hay muchas cardiopatías que a veces el ecocardiografista, puede pasar por alto, como es el miocardio no compacto, etc..., por lo tanto hay que hablar muchas veces con el que lo va a hacer para orientarlo a que busque detenidamente si hay cardiopatía. De ser necesario hay que hacer RMN, etc...y por ejemplo las canalopatías no tienen eco anormal...y pueden tener ECG normal!.

Con respecto a esta paciente, el síncope que tuvo no impresiona vasovagal (aunque puede serlo) es de lo más lindo, y realmente a mi me preocupa, es de reposo, precedido por palpitaciones y tiene EV (que no impresionan fasciculares), parecen de origen miocárdico.

Si queremos "agarrarnos de los scores": OSEIL: 2 pts (ECG anormal por EV y síncope de reposo), EGSYS: 4 pts! (síncope precedido con palpitaciones), aunque dan altos, siguen siendo scores (deberíamos validarlos en nuestras poblaciones).

Lo que yo haría:

1- Descartar cardiopatía: Hablar con el ecocardiografista, de ser necesario RMN. No haría una PEG....el síncope fue de reposo, con lo cual no estaría indicado para evaluar la causa del síncope...si se quiere pedir para evaluar cardiopatía, Ok.

2- Debería descartar arritmia como causa del síncope: Yo vivo en Neuquen, y no me van a dar un REVEAL (aunque no está definido si es mejor poner de entrada un ILR, que estudiarlo de modo convencional)!...haría un EEF (discutible si quieren, pero estoy avalado por guías internacionales, y es lo que está a mano) con inducción de TV con 2 ciclos de base, 2 extraestímulos de dos sitios del VD (como manda la guía de síncope). Si se induce TVMS con igual morfología que la EV, tengo una probable causa de síncope en este paciente. Si se induce TV Polimorfa....para creerle debería tener una causa que la pueda provocar...Ej. Brugada, QT largo, etc....En el mismo estudio haría (ya tengo la posibilidad de hacerlo) test de ajmalina (nosotros habitualmente lo hacemos en estudio de síncope, antes de decir que es de etiología desconocida...discutible conducta). Si es negativo... ¿haría un tilt test en esta paciente?, la verdad no sé!!!, porque si me da positivo, no se si creerle que ese es el mecanismo de síncope en la vida real?. Creo hablaría con la paciente y trataría de ponerle un REVEAL.

Bueno...perdón por lo largo del email!, pero eso es lo que haría yo, en Neuquén, con la paciente.

Gustavo Fava

Hola Amigo Fava

¿Qué guía te avala a hacer un EEF?

¿En que parte del OESIL se evalúa si el síncope fue de reposo? ¿Es la ausencia de pródromos lo que te da un punto o no te lo da? Esta paciente tiene OESIL de 1 Punto

dado por ECG anormal (es decir 0,8% riesgo de morir por la causa del síncope a 12 meses). ¡Ojo con la rápida evaluación!

Como viste en mis emails, la prueba de esfuerzo tiene indicaciones por muchos sentidos. ¿Qué parte no te resulta clara de mi email o que parte querés discutir en profundidad? Las guías ACC, AHA, NASPE publicadas en Circulation (2006) NO recomiendan el Tilt como algoritmo diagnóstico del síncope y SI la prueba de esfuerzo. ¿Vos la leiste? ¿Viste los nenes que la publican? NO estás discutiendo el caso con Adriancito, se lo estas discutiendo a los tipos que más entienden de este tema.

¿Por qué le creerías más a un EEF induciendo TV polimorfa en un corazón sano que a un tilt test induciendo síncope vasovagal? ¿Por qué?

Eso de recomendar lo que "esté más a mano" está reñido con el espíritu de este foro, donde a pesar de las limitaciones que tenga cada uno, siempre intentamos discutir, que seri+íaa lo mejor para nuestros pacientes (aún hasta reesterilizar devices). Por supuesto, el disenso es bienvenido, pero ajustado a la evidencia.

Te mando un fuerte abrazo y ojala nos veamos pronto.

AB

Estimado Adrián:

Creo que deberíamos aclarar ciertas cosas, antes de entrar en polémicas (no creo que sea la finalidad del foro).....Yo simplemente di una opinión, jamás discutiría con "Adriancito" (creo que no me diste tanta confianza como para hacerlo, soy respetuoso de tu persona y de tus conocimientos), y si las leí a las guías que nombrás, también la última publicadas por la ESC 2009.....menos les podría discutir a "los nenes" que las escriben!. Igualmente yo sé que leer podemos leer todos, hacer las cosas como las hacen en los países del primer mundo, no!.

Realmente no leí todo lo que vos escribiste sobre este caso, ya que algunos email me entran en spam...no siempre reviso esta carpeta y a veces los borro sin mirar. No se qué dijiste con respecto a la PEG, así que no puedo discutirte tu conducta ni tu objetivo al pedirla.....seguramente lo que escribiste es correcto. Mi email no fue para discutir tus conductas (en ningún momento puse que no estoy de acuerdo con algo que escribiste), ya que no he leído tus sugerencias...

Con respecto al TILT TEST...los europeos si lo usan.

Con respecto a la PEG: Yo puse "no estaría" indicada, no puse "no está"....realmente no lo digo yo (yo no escribí nada sobre síncope en ninguna revista internacional)....Las guías europeas ponen como única indicación de PEG: En pacientes con Síncope en esfuerzo (pagina 23)

Con respecto al EEF: Pacientes con síncope precedido de palpitaciones súbita es indicación IIB (discutible, pero no descabellado).

Con respecto a la expresión "lo que está a mano"....no quiere decir en el contexto de lo escrito que hago lo que quiero, lo que se me ocurre en ese momento!. Yo trató siempre de hacer las cosas basado en la evidencia que hay...

Con respecto a los scores: son scores, y repito deberíamos validarlos cada uno de nosotros en nuestra población....es lo que estoy haciendo en Neuquen....un registro prospectivo de pacientes con síncope para validar esto y para ver si hago o no las cosas bien al estudiar estos pacientes. Con respecto al OESIL....tenés razón no está síncope de reposo, me equivoqué...pido disculpas....quise decir pródromos....pero tiene palpitaciones previas ¿es esto un pródromo?...en fin.

Para finalizar...las guías son guías (vieja frase) y en síncope quien tiene la razón 100%, ¿cuál es el gold standard para decir la causa es esta!...el unico gold estandard que se me ocurre es que diga que el paciente se cayó por tal causa, la traté y no recurra nunca más (con la excepcion del vasovagal, que seguramente recurrirá!).

En fin....creo que discutiremos hasta el hartazgo....mi idea no es ganarte una discusión...yo no puedo competir con gente que trabaja en electrofisiología, en grandes centros a nivel mundial...ustedes son los que escriben la medicina (esta va sin ánimos de ofensa!, no se mal interprete...realmente yo lo creo así), nosotros simplemente tratamos de hacer lo mejor posible, dentro de las limitaciones.

Saludos y te mando un abrazo

Gustavo

Querido Gustavo

Las discusiones científicas NO son personales, no lo tomes así, porque yo tampoco lo hago. estas discusiones son vehículos para el aprendizaje en grupo. A ver si me explico, yo discuto tu opinión científica, no a Gustavo Fava, excelente profesional y tipo.

De tu ultimo email:

1. "Los europeos" ...¿qué quieres decir? Es como decir: los colectiveros son todos unos...lo que sea. Hay europeos y europeos, España lo tiene a Moya, Italia a Brignole (el dirige las guías, por ejemplo), Inglaterra la tiene Kelly, y así cada país su representante e ideas. las guías NO los unifican para nada. Por favor, revisa ese concepto, ya que está bien perimido hablar de Europeos, Norteamericanos o "primer mundo". En RIA (www.ria-online.com) publicamos una serie de taquicardias ventriculares de las cúspides, hechas en Medellin, Colombia (¿primer mundo?) donde no encontrarás diferencias con lo que se hace en los mejores centros de Europa y Norteamerica.

2. IIB "hacerlo NO es descabellado" has escrito. esto es una "rara" vision de una indicacion IIB. La misma dice: no hay evidencia sólida para hacerlo, pero hay quienes todavía la hacen. Se recomienda NO hacerlo, pero si se lo hace, no existe evidencia para una contraindicación absoluta. Este es el espíritu de una indicación IIB. Por lo tanto Gustavo, cuando vamos a hacer algo IIB, debiéramos estar MUY seguros del costo/beneficio. Porque si vas a juicio, tendrás una cohorte de colegas justificando NO haberlo hecho.

3. Lo scores hay que validarlos: EL OESIL fue publicado dos veces. La referencia que he provisto es la VALIDACIÓN del score. ¿O vos vas a validar en Neuquen TODOS los scores existentes? Tendrias que empezar por el CHADS2 score por ejemplo. Te llevaría años, ¿verdad? Los scores validados a nivel internacional, te autorizan a aplicarlos, ya que tu "validacion" personal solo tendría validez (como evidencia) si la publicaras. Y publicar validaciones personales, creeme, es difícil (no imposible pero difícil).

4. Me gustaría invitarte a presentar los resultados del estudio prospectivo en Neuquen en RIA (Revista Iberoamericana de Arritmología), un verdadero foro científico, en Español, hecho por hispanos para hispanos (y quien se prenda). Creo que sería genial tener un estudio de validación hecho en el país.

5. No se trata de ganar una discusión. Acá ganamos todos. porque de estas discusiones todos aprendemos algo.

Un fuerte abrazo y no te canses de pelearme, aún asmático me apasiona discutir este tema contigo

Salud

AB
