

# Paciente de 16 años que ha presentado dos episodios sincopales - 2010

Dr. Gustavo Fava

Deseaba saber la opinión de los foristas de este caso clínico que les envío

Paciente de 16 años de edad, sin antecedentes familiares de cardiopatía ni muerte súbita. Derivado por haber presentado 2 episodios de pérdida de conciencia. El primero se levanta de dormir, camina hasta el baño y presenta sín prodromos, síncope con movimientos tónico clónicos.

Recuperación rápida sin estado postictal.

En el segundo episodio el paciente se encuentra acostado, y según refiere familiar presenta palidez, seguido de cuadro sincopal sin prodromos, con recuperación rápida.

Presenta examen físico normal, ECG normal con QTc de 380 ms.

Ecocardiograma: VI 49-34 mm; S y PP: 9 mm; AI: 30 mm; Raíz de aorta: 26 mm; Fracción de eyección 55%; En cara inferior e inferolateral se evidencia aumento del trabeculado con recesos con flujo en su interior con criterios de miocardiopatía no compactada

Se solicita resonancia magnética nuclear, debido a que el ecografista refiere no muy buena ventana acústica

RMN cardíaca: VI no dilatado, sin hipertrofia, con motilidad normal, y función sistólica (Fey VI: 58%) y diastólica normales. Trabeculaciones prominentes con profundos recesos intertrabeculares en comunicación con la cavidad ventricular a nivel de pared anterolateral, inferolateral e inferior desde base a apex. Ausencia de compactación de músculos papilares. Relación no compacto/compacto en fin de diástole:

-Cara AL:2,2 – Cara IL: 3,6 – Latero apical: 3

VD: No dilatado, con trabeculaciones apicales en segmento apical con motilidad global y segmentaria normales.

Gadolinio: Perfusión normal; realce tardío: negativo.

Conclusión: Relación no compacto/compacto (Dx de no compactación:  $\geq 2,3$ ): Cara inferolateral a nivel basal, medio y apical.

Se solicitó:

Holter 48 hs: Normal sin arritmias.

PEG: Suficiente, normal.

Se realiza diagnóstico de **MCP no compactada**.

Dudas

1- ¿El paciente requiere anticoagulación (16 años, con MCP no compactada con FSVI normal)?

2- Estudio de los síncope y estratificación de riesgo de MS

3- ¿Iniciar Beta bloqueantes e IECAS? (paciente con MCP No compactada con FSVI normal)

---

## OPINIONES DE COLEGAS

Gustavo, ¡qué caso!

Respuesta numero 1: anticoagulacion.

Número 2: Síncope sin pródromos y con cardiopatía estructural que potencialmente provoca muerte súbita es indicación de DAI.

Número 3: con buena fracción de eyección yo no daría IECA - B BLOQUEADORES  
Abrazos Gustavo, esta es mi humilde opinión desde Maracaibo

Carlos Rodríguez Artuza

---

Por lo que vale....

El primer síncope fue aparentemente un vagal síncope al pararse de la cama al baño.

El segundo es menos elegante porque fue en la cama.

Ahora que si los dos síncope fueron el mismo día yo diría que se trata de un típico "*clusters of vagal-syncope.*"

La palidez que tuvo al desmayarse en la cama es la mejor noticia.

Si está de acuerdo que el síncope suena a vagal síncope entonces yo lo dejaría en paz.... si acaso un beta-bloqueador para que usted se sienta mejor.

Por más non-compaction que tenga, no le daría nada de anticoagulantes hasta que se vea qué tan seguido planea desmayarse el joven... no vaya a tener desmayo con golpe de cabeza tomando warfarina.

La combinación de síncope con non-compaction nos pone nerviosos.

Pero si la historia suena a vagal síncope (así me suena a mí) le recomendaría que le haga una prueba de esfuerzo (para que usted se sienta mejor) y nada más...

Si es vagal síncope el joven se desmayará en el futuro.

Cada vez que eso pase van a volver a aparecer las pesadillas de las posibles arritmias.

No será mala idea ponerle in Reveal/Confirm (implantable Holter). ver que no hay arritmias en el próximo desmayo lo va a hacer faliez.

Por lo que vale,

Sami Viskin (Tel Aviv)

---

Sami, qué bueno escuchar tus opiniones en este foro, este es el verdadero caso gris que está en medio del camino de todo, a mi el segundo síncope por la historia relatada por Gustavo, no me parece para nada neuroreflejo, hace pocos días discutíamos un caso parecido de Brugada donde yo preguntaba el contexto del síncope, todo el foro estuvo a favor del DAI, a este paciente yo sí lo anticoagularía, en relación al síncope si es acostado y sin pródromos con esa patología en la cuál su historia natural de manifestación tiene la muerte súbita como uno de sus debut yo si le indico el DAI, el reveal lo dejaría como opción dependiendo del interrogatorio, pero repito síncope acostado y sin pródromos me queda como un miedo, de cualquier forma qué bueno que Gustavo nos trajo este caso y que lujo poder discutir casos con tan distinguidos colegas.

Abrazos

Carlos Rodríguez Artuza

Entre los estudios diagnósticos, además del Holter y la Prueba de Esfuerzo, incluiría un Tilt test.

Y conforme lo que resulte, probablemente me inclinaría por el uso de beta bloqueantes.

Saludos.

Luciano Pereira

---

Querido Luciano

¿Cuál es la evidencia de que un resultado positivo o negativo de un Tilt Test lo ayuda a Ud a guiar el tratamiento?

(Guías de la ESC 2009- Leer bien por favor!!!!)

Si Ud encuentra esa evidencia, por favor, ¿podría compartirla en el foro?

Si hay algo para lo que TILT definitivamente NO sirve, es para guiar el tratamiento.

Segundo, TODOS los estudios randomizados en el uso de BB en síncope neurocardiogénico dieron NEGATIVOS (Ver Morillo-Baranchuk Curr Treat Opin 2004! O Morillo 2010 Update).

De hecho, ya no se investiga más y los estudios actuales son en mineralocorticoides (POST II) o alfa-miméticos como Midodrine (POST IV).

¿O quiso Ud decir que si el tilt le da negativo, entonces utilizaría BB?

Si es así, no entiendo para que hace el tilt.

Lo saludo al son del arpa

Adrián Baranchuk

---

Por eso pregunté cuánto tiempo pasó entre el primer síncope y el segundo.

La palabra "clusters" en Ingles... ¿como se traduce?

Vagal clusters son cosa común, y los desmayos siguientes muchas veces pasan acostado en la cama.

Necesitamos más información del segundo síncope, pero sabemos que el muchacho se puso pálido.

Sami Viskin

---

Pregunto ¿porqué no le han hecho un tilt test y porqué quieren anticoagularlo?,

Gracias

José Cayetano

---

Querido Adrián: ¿Me saludaste al son del arpa, tal vez porque se evidencia en mis expresiones que estoy tocando de oído?

Hace un año atrás atendí a un paciente joven que presentaba síncope post esfuerzo.

Es un jugador de fútbol semi profesional.

Le hicimos la secuencia de estudios: ECG, ECO, Holter, Prueba Ergométrica...y nada.

El Tilt Test nos dió positivo, y unos sugirieron no hacerle nada (la mayoría), mientras otros dijeron que le diéramos BB.

Optamos por la primera opción...y el muchacho volvió a presentar un pre síncope.

Entonces, decidí darle atenolol 25 mg/día.

Desde entonces nunca más presentó el cuadro y sigue jugando fútbol. Sé que las guías y las evidencias indican muchas veces una cosa y la práctica otra. No es lo habitual, pero....

De todas maneras, prometo humildemente leer los trabajos que tan amablemente me sugieres. Estoy seguro que después tocaré más afinadamente.

Un abrazo.

Luciano Pereira

---

Estimado Dr. Viskin:

Aprovecho para agradecer su participación en el caso clínico que he presentado!.

Es un honor para mi que usted me ayude con este paciente.

Sus publicaciones son excepcionales, puede decirse que yo soy un fan suyo...realmente usted tiene esa capacidad que muchos envidiamos, que es hacer las cosas complicadas, simples, y de transmitir las al resto de los médicos de esa manera!.

¡Muchas gracias!.

Con respecto a lo que usted pregunta: El segundo síncope fue a los dos días del primero.

Mi mayor duda con este chico es cómo estratifico su riesgo de muerte súbita:

¿Inducción de TV vs Reveal?, o si por el sólo hecho de que el segundo síncope no podría asegurar que fue vasovagal, debería implantar un cardiodesfibrilador.

Hasta donde yo he tenido la oportunidad de leer sobre esta enfermedad, los pacientes descritos en la literatura tienen franco deterioro de la función ventricular (a los cuales se les implanta un CDI), que este paciente no la tiene.

Gustavo Fava

---

No mi amigo Luciano, el arpa es por tu país de residencia, el Paraguay, cuya música iluminada por el arpa, fue parte de mis canciones de cuna: Adios Lucerito Alba, por citar un ejemplo. Pajaro Campana, otro.

Una golondrina no hace verano, un paciente que recibe atenolol y no tiene síncope, no indica absolutamente nada, ya que la REPRODUCIBILIDAD del tilt es extremadamente baja, por ejemplo: si tú subes un paciente a Tilt y es positivo, lo bajas, esperas media hora y lo subes de nuevo, ¿sabes cuál es la probabilidad de que vuelva a ser positivo? Solo 20%. Entonces diría, que es altamente probable que tu paciente responda (o no) a cualquier droga o medida higiénico dietética.

Desde el punto de vista fisiopatológico, tu paciente debiera ser tratado con BB si la respuesta al tilt comprende lo siguiente:

1. Respuesta Hiperadrenérgica Beta
2. POTS

En cualquier de los otros casos (falla vascular periférica, depleción volumétrica, pérdida de ganancia barorefleja) los BB empeoraran la situación. Y por eso los BB fallaron en los estudios, porque al darlos basados en un simple tilt de manguito de presión y ECG, no se pudo determinar la fisiopatología del síncope.

Una golondrina no hace verano, pero surca el viento como la música de un arpa paraguaya.

Salud

Adrián Baranchuk

---

Lo más importante para estratificar el riesgo de muerte súbita es volver a interpretar el tipo de síncope que tuvo el muchacho.

En casos como este me siento a hablar personalmente con los testigos del incidente, teniendo mucho cuidado en evitar meterles palabras a la boca.

Si está de acuerdo que el primer síncope fue de tipo vagal (entre otras razones por haber ocurrido en en baño), entonces lo más probable es que el segundo también fue vagal.

La otra opción es que un muchacho tuvo dos tipos diferentes de síncope dos días aparte. Todo es posible, pero tener un vagal síncope y un *arrhythmic syncope* con dos días de diferencia no es lo más lógico.

Recuerdo que menciono que en el segundo síncope (el que pasó en la cama) el muchacho estaba pálido. Espero que los testigos del evento sean capaces de describir lo que vio.

El mismo muchacho podrá contar como se sintió DESPUES del síncope.

Si el muchacho cuenta que se siguió sintiendo mal después del síncope, el diagnóstico de vagal síncope tomaría más puntos.

Sabemos muy poco sobre el tipo de arrhythmias de "non-compaction."

En pocas palabras, realmente no sabemos si se trata de *ventricular tachycardia monomorfica sostenida* or *tachycardia polymorfica*.

Si decide hacer un estudio electrofisiológico, el único resultado que tomaría como resultado positivo sería el de *tachycardia monomorfica sostenida*. Tachycardia polymorfica y fibrillacion ventricular serían para mi resultados negativos.

Digo esto porque una *tachycardia monomorphica* puede producir un syncope vagal, pero tachycardias polymorphicas producen clinica de "cardiac arrest."

Por eso, para ponerle desfibrilador pediria que el testigo del evento me cuente que el muchacho se puso azul, no pálido.

Diagnóstico de syncope es un arte que incluye adivinar.

Siempre hay riesgos.

La familia del muchacho tiene que entender que implantar un desfibrilador a esta edad también tiene riesgos significantes.

Dar sugerencias a larga distancia también es complicado.

Yo interpreto lo que usted cuenta según lo que usted interpretó. Según mi interpretación (que claro, puede ser incorrecta) yo haria lo siguiente:

1) prueba de esfuerzo máximo;

2) si estoy seguro que el syncope es vagal, implantacion de Reveal.Confirm (Holter implantado);

3) Si tengo duda sobre el cuadro clínico, estudio electrofisiológico a condición de que (a diferencia de lo que hacemos en idiopathic VF) unicamente tachycardia ventricular positiva es resultado positivo que justificaria desfibrilador.

Claro que si la familia puede comprar un EAD (desfibrilador automatico EXTERNO) no seria mala idea.

Sami Viskin

---