

# Paciente de 74 años con dos episodios sincopales - 2018

TPC Sebastián Yossi

Buenas Noches, acerco estos trazados de un registro de Holter para obtener las diferentes opiniones respecto del mismo.

Adjunto los datos del paciente:

Masculino de 74 años. Internado en UCO.

Ingresa por episodio de Síncope en 2 oportunidades.

Antecedentes de CIA (hace 20 años) y CRM con 4 puentes coronarios (hace 4 años).

Es un paciente que en ECG de base presenta Fibrilación auricular de baja a moderada respuesta ventricular y bloqueo completo de rama derecha.

En el Holter presenta el trastorno de la conducción intraventricular pero cuando la FC baja hay modificación en la duración del QRS con un leve cambio de morfología.

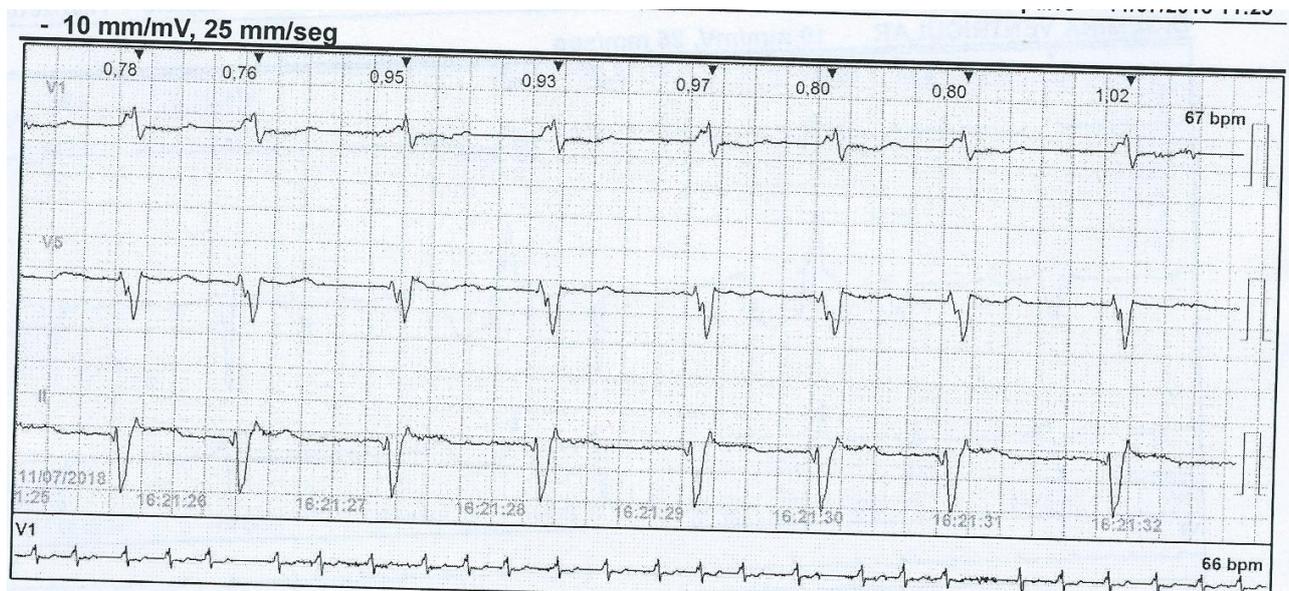
Cualquier otro dato que necesiten y pueda aportar, lo haré con gusto.

Muchas gracias.

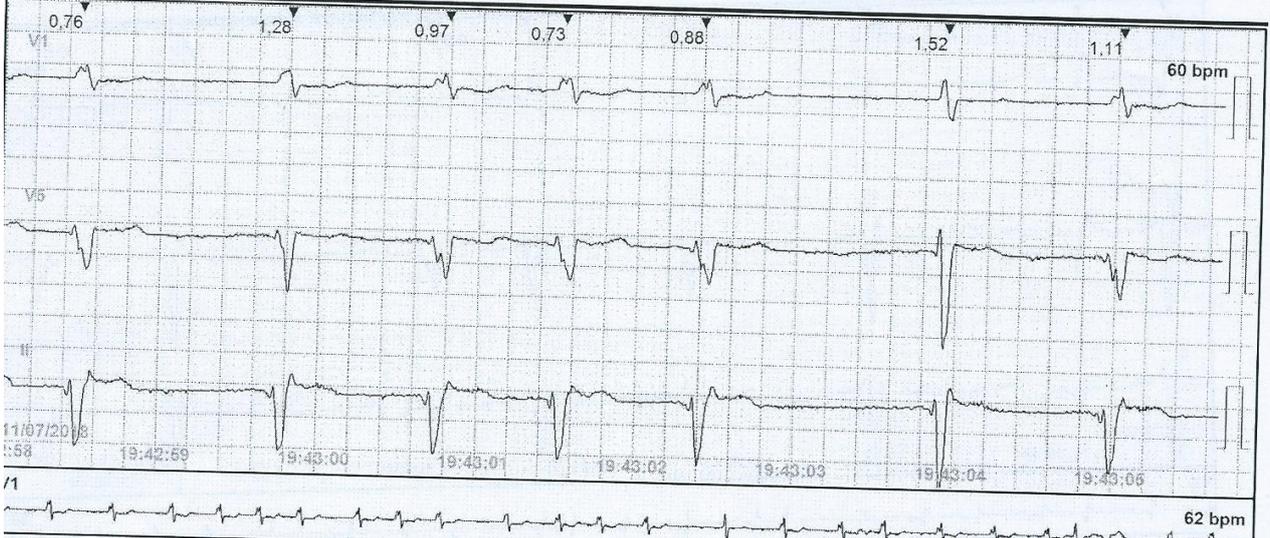
TPC Sebastián Yossi.

Unidad Coronaria. Servicio de Cardiología.

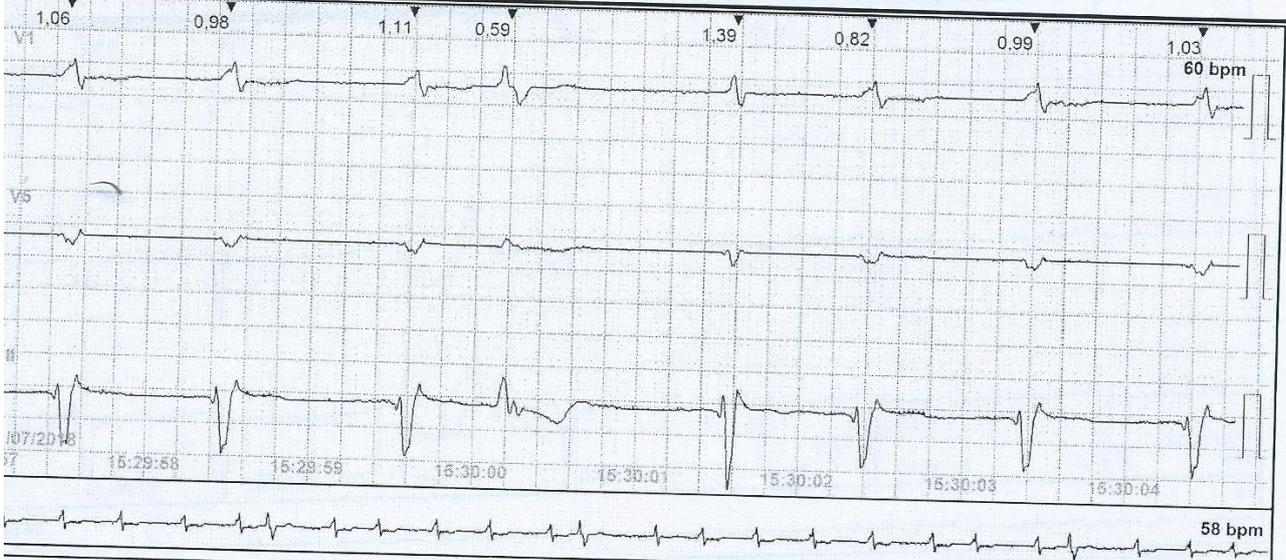
Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez

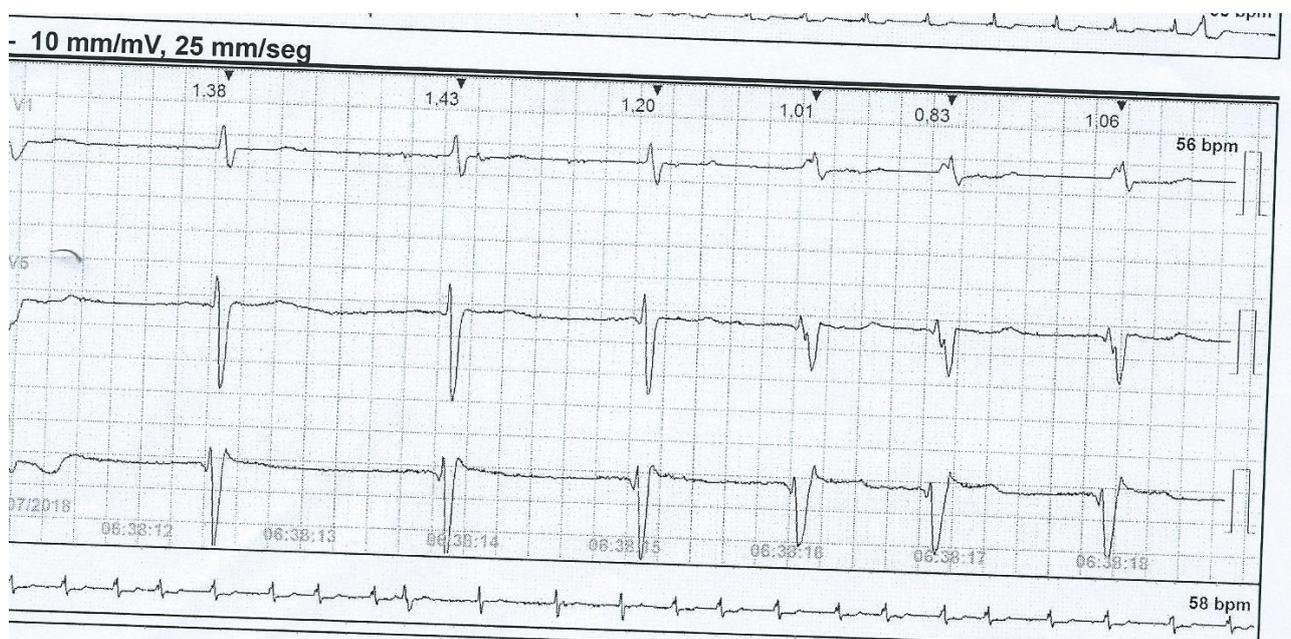
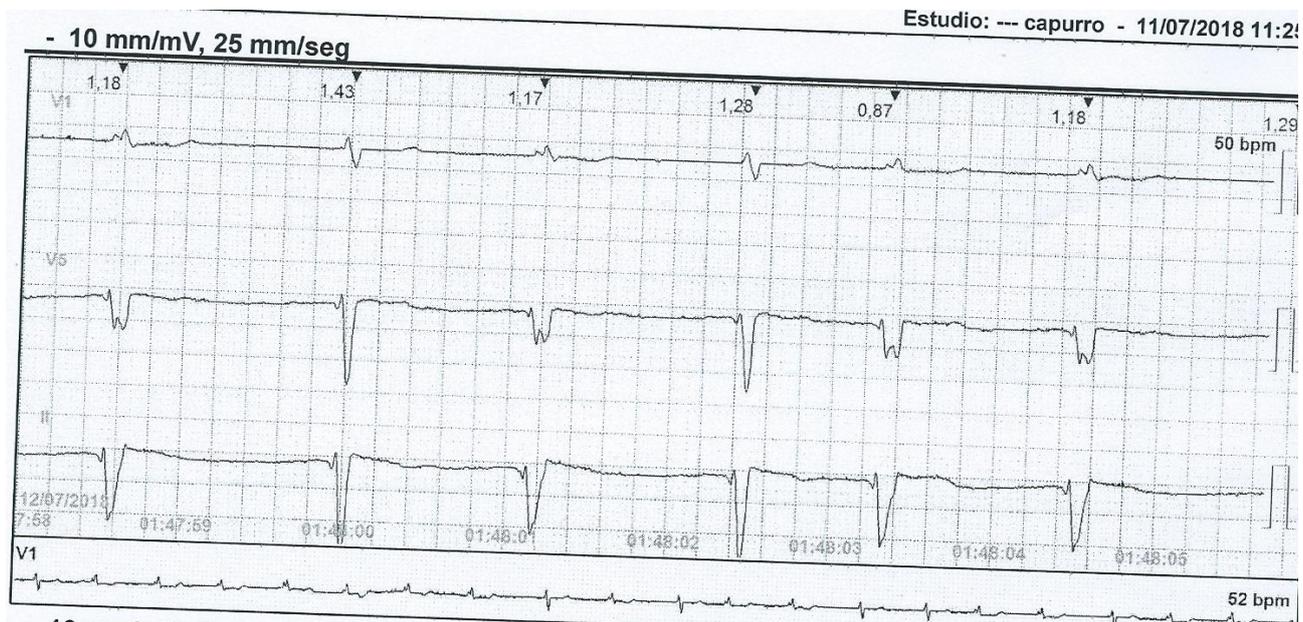


- 10 mm/mV, 25 mm/seg



V aislada - 10 mm/mV, 25 mm/seg





## OPINIONES DE COLEGAS

Bloqueo de rama derecha taquicardia dependiente (en fase 3). Posible hemibloqueo anterior.

Sería conveniente y esclarecedor si envías un ECG de 12 derivaciones.

Buenas noches!

Gerardo J Nau

Como dice Gerardo lo más probable es que se trata de un BRD con HBAI frecuencia dependiente. Bloqueo A-V paroxístico es una posibilidad.

Pero también es probable arritmias ventriculares y asimismo pausas sinusales si la FA es paroxística.

Es importante tener un ECG y un Ecocardiograma. También descartar hipotensión ortostática como causa de síncope.

Saludos,

Mario D. Gonzalez

---

Veo un ritmo de fibrilación auricular que conduce con imagen de bloqueo de rama derecha, pero llega a bloquearse por lo que además existe un ritmo de escape ventricular (ya que la segunda morfología se observa regular y a menor frecuencia). Es posible que a momentos existan pausas hasta que el ritmo de escape subsidiario pueda comandar los latidos del paciente, lo que explicaría el síncope. Es mi humilde opinión, espero la participación de nuestros maestros.

Carla Losantos Saavedra

---

Hola Sebastian en tu descripción refieres se encuentra en UCO. ¿El Holter fue realizado internado allí en cama?

Te pregunto ya que veo solo FC Max de 66 por minutos.

En ningún trazado tiene respuesta cronotrópica positiva.

Te lo pregunto ya que obviamente cambia el análisis del Holter en la actividad.

Si cuando los RR previos se acortan conduce con BRD si tiene enfermedad del NAV y no media ningún medicamento (no referiste).

Para decidir una conducta sin recibir medicamento que influya sobre el NAV hacelo caminar y listo. Ves la respuesta de la conducción AV.

ECG de 12 derivaciones por favor.

Un abrazo

Martín Ibarrola

---

Hola Sebastián:

Como comentaron anteriormente lo más probable es que tenga una FA con un BRD en fase 3, un HBAI, EV aislada y creo que además presenta una necrosis inferior.

Pero sería conveniente un ECG completo para llegar a las conclusiones acertadas.

No se con que medicación está y estos 4 trazados de Holter no nos ayudan a realizar el diagnóstico del síncope.

Afectuosamente

Isabel Konopka

---

Buenos días, muchas gracias a todos por sus opiniones.

Adjunto el ECG basal y el ECO del paciente.

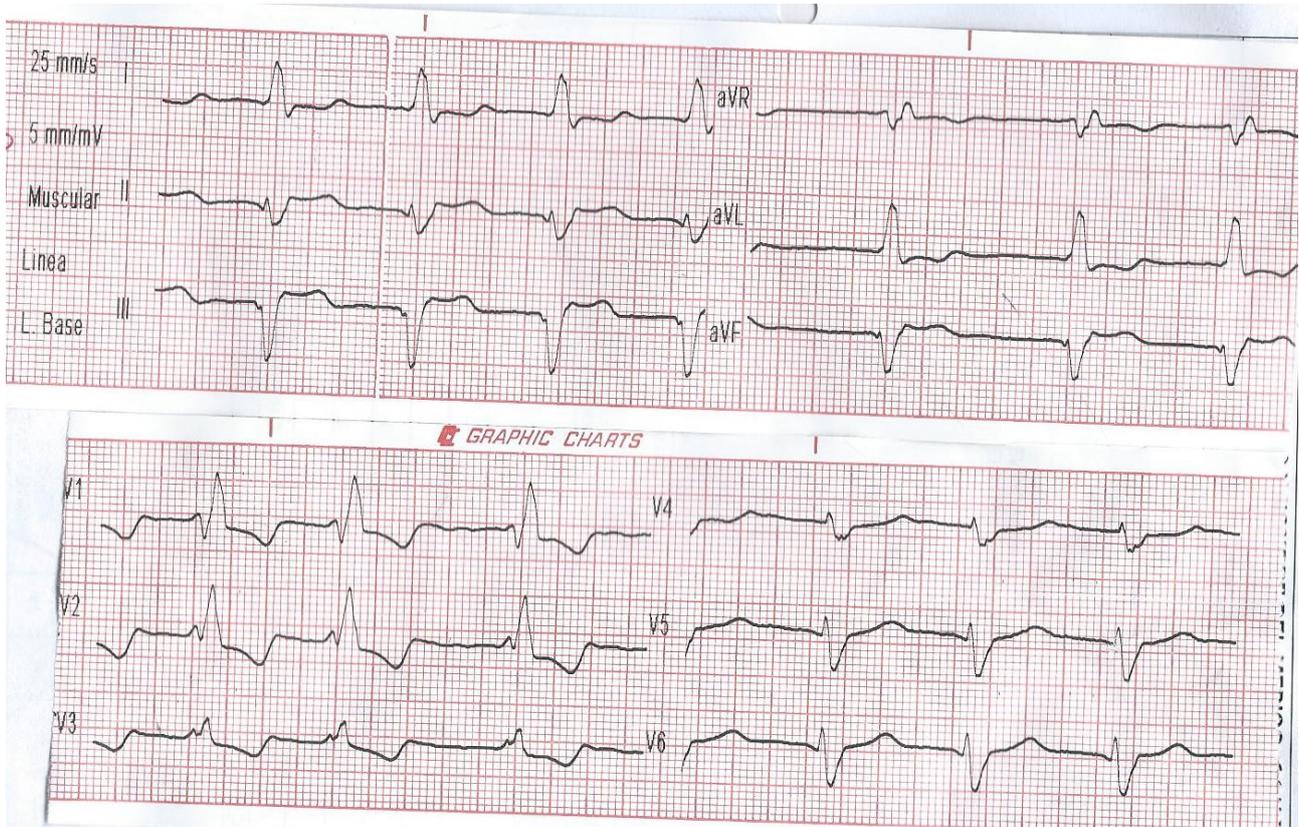
Agrego también que el paciente está medicado con Amiodarona y Carvedilol de 12.5 mg por día.

Quisiera recordar que el motivo de internación es por 2 episodios sincopales, uno de ellos con esfuerzo (levantando un cajón).

Muchas gracias.

Saludos.

TPC Sebastián Yossi



**DIMENSIONES Y CALCULOS:**

DDVI	68mm	<b>RAIZ AORTA</b>	32mm
DSVI	56.5mm	AI	56.5mm
SIV	9mm	VD	53mm
PPVI	7mm	Fac: 16 %	Fey 34 %

**CALCULOS DOPPLER:**

DOPPLER VALVULAS	VELOCIDAD	GRADIENTE	REGURGITACION			
			NO	LEVE	MODERADO	SEVERO
Mitral				X		
Aorta			X			
Tricúspide				X		
Pulmonar			X			

**Ventrículo Izquierdo:** Dilatado con hipocinesia global. Septum paradojal. Función sistólica con deterioro moderado a severo.  
**Aurícula Izquierda:** Dilatada. Área 39 cm<sup>2</sup>.  
**V. Mitral:** Esclerosada, apertura disminuida por bajo flujo. Leve reflujo.  
**V. Aorta:** Trivalva, esclerosada con apertura conservada.  
**Tricúspide y Pulmonar:** Insuficiencia tricuspídea leve. PSAP 45 mmHg.  
**Pericardio:** Libre.  
**Cavidades Derechas:** Dilatadas. AD área .41 cm<sup>2</sup>. TAPSE 12 mm

**CONCLUSIÓN:**  
 Miocardiopatía dilatada global con deterioro de función sistólica biventricular.  
 Esclerosis mitro Aórtica. IM e IT leves. HTP leve  
 Flujograma mitral. Patron monofásico  
 Ecodoppler VC:  
 Carótida izq: Engrosamiento miointimal difuso 1,2 mm. Placa fibrolipídica en carótida interna <50%.  
 Carótida der: Espesor miointimal de 0,8 mm.  
 Sin estenosis significativa. Vertebrales con flujo cefálico.

LEONARDO

Sebastián,  
 El paciente tiene alto riesgo de arritmias ventriculares malignas: baja fracción de eyección, áreas de necrosis, trastornos de la conducción. Debería recibir mejor medicación para tratar de mejorar la función ventricular.

También necesita estar anticoagulado. Luego de 3-4 semanas de anticoagulación adecuada se puede hacer una cardioversión y ver si con ritmo sinusal mejora la función ventricular.

Le haría primero un estudio electrofisiológico. Si se induce una taquicardia ventricular, se le puede realizar una ablación. Creo que va a necesitar un desfibrilador a menos que se encuentre otra causa de síncope que no sean taquicardias ventriculares.

Saludos,

Mario D. Gonzalez

---

No creo que los latidos tardíos sean escapes:

por un lado son más angostos que el ritmo basal y además su RR fluctúa entre 1200 y 1450.

No tiene sentido la medicación con amiodarona, porque empeora los trastornos de conducción IV y no previene la fibrilación auricular de base.

Regularía la FC con el beta bloqueante.

¿Cuál fue la pausa más larga en el Holter? Tiene sin duda necrosis en cara diafragmática con probable compromiso lateral bajo.

Afectuosamente

Gerardo Nau

---

Muchas gracias. La pausa más larga fue de 2600 mseg a las 3 de la mañana.

Sebastián Yossi

---

Acuerdo con Mario. FA + BCRD + HAI + necrosis inferior + síncope en esfuerzo + Fey 34%

Tiene indicación de CDI.

Reversión a RS x CVE con anticoagulación adecuada.

Si no revierte, CDI VVI.

Es lo que nosotros hacemos con nuestros pacientes chagásicos que tienen características parecidas a este paciente.

En la evolución, Chagas o no Chagas, tienen terapia del CDI.

Los síncope son x TV.

Mario tiene experiencia en ablación de TV que es una opción previa a CDI. Nosotros en chagásicos la utilizamos después del CDI si presentan tormenta eléctrica.

Saludos.

Oscar Pellizzón

---