

# Varón de 57 años que consulta por síncope maligno – 2017

Dr. Alfredo del Río

Quisiera compartir este caso con Uds. Varón de 57 años que consulta por síncope maligno de reposo. Mientras estaba en una sala de espera sentado. Recuperación espontánea en unos minutos. Ecocg normal. Resto del examen normal.

El paciente no tiene antecedentes fliares de MS y no hay sospecha de enfermedad coronaria  
¿Qué conducta seguirían?

Alfredo del Río

---

## OPINIONES DE COLEGAS

Hola Alfredo,

Nos das poca información. Lo primero es que lo dejaría internado con telemetría, obtendría una buena historia clínica personal y familiar, laboratorio incluyendo orina para descartar abuso de drogas, también un ecocardiograma.

Un estudio electrofisiológico es razonable si seguís sin diagnóstico. Lo último que haría son las cosas que pueden confundir como Tilt test y prueba farmacológicas buscando Brugada.

Tuvimos un caso reciente similar a este. Durante la internación hizo TV polimórfica con síncope. El cateterismo demostró enfermedad severa de dos vasos.

Esperamos que nos cuentes que encontras.

Un abrazo,

Mario D. Gonzalez

---

El ecocardiograma fue normal, no tiene alteraciones de laboratorio. Había tomando azitromicina por tres días por una bronquitis pero habían pasado 5 días de la última toma.

El resto del examen físico fue normal. No tiene síntomas que hagan sospechar enfermedad coronaria.

Alfredo del Río

Estimado Alfredo,

En tu presentación no mencionas el ECG basal. Mencionas que el Ecocardiograma es normal. Pero sería interesante si pudieras subir las imágenes del ECG.

Un abrazo,

Daniel Banina

Montevideo

Uruguay

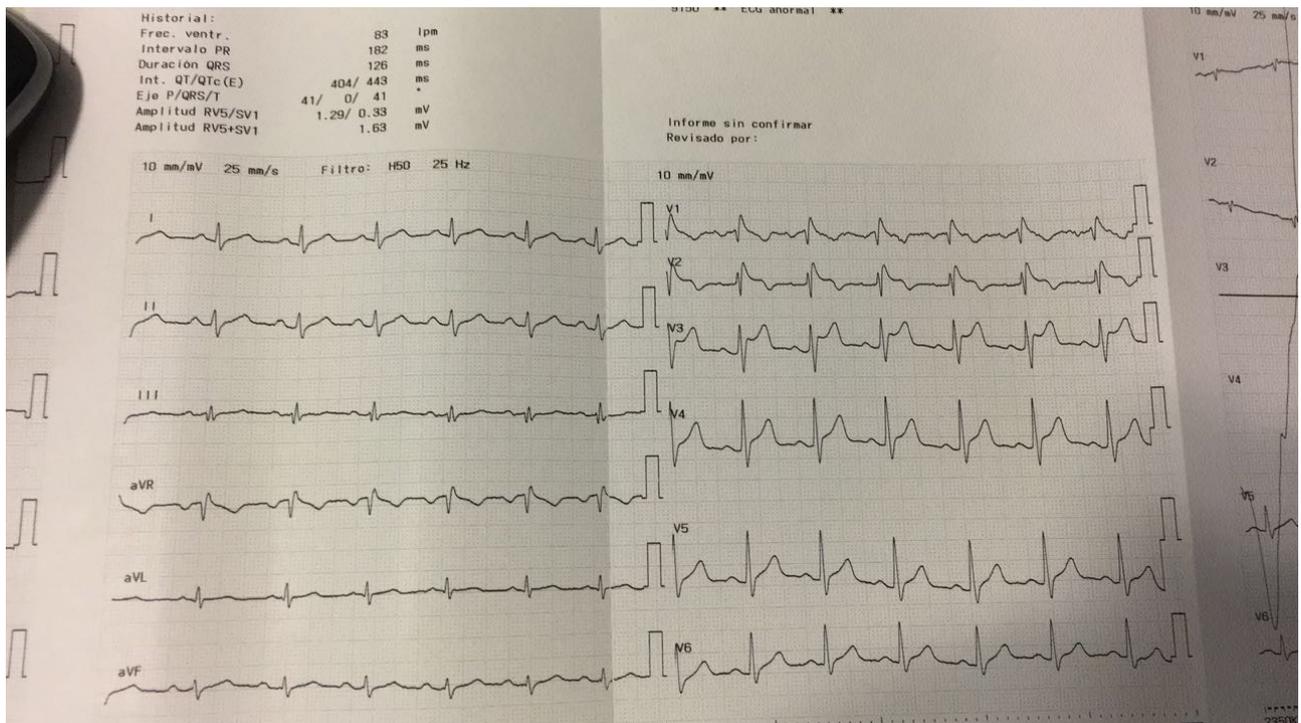
---

Descartar enfermedad coronaria... ¿fuma? Es diabético? ¿Colesterol? ¿Triglicéridos?? Antecedentes?..... Ergometria.... eventualmente CCG

Ricardo Omar Paz Martín

---

Reenvió el ECG que parece que no lo han recibido



Alfredo. Seria bueno analizar en detalle el ECG. Hay un dato que das que me parece importante, tomó azitromicina. La misma prolonga el QT, más allá que no la tomaba desde hacia 5 días, pero no conocemos exactamente la metabolización de cada individuo. Sabemos que hasta un 6% puede haber un QTL subclinico y se manifiesta con fármacos. Primero iria por ese lado.

Contanos como sigue o siguió.

Saludos.

Oscar Pellizzón

---

Impresiona como un Brugada

Julio Federico Riquelme

---

¿Brugada?

Ricardo Omar Paz Martín

---

Dr. Del Río, como de lo que se trata es de aprender en colectivo ¿podría por favor recordarnos los criterios para el diagnóstico de Síncope Maligno en el abordaje inicial del paciente con Pérdida Súbita de La Consciencia?

Muchas gracias.

Leonardo Ramírez Zambrano

---

Síncope maligno es cuando el paciente sufre alguna clase de traumatismo debido al síncope. Lo más frecuente es traumatismo craneal. Se debe a que no hay mecanismos reflejos y habla de lo súbito que es el cuadro.

Alfredo del Río

Hola ALFREDO

Uno ve esos registros con ese antecedente y piensa en diagnostico probable de BRUGADA

Pero lo interesante es seguir con prudencia los pasos siguientes. HOLTER ETC.. NO ESTAMOS HABLANDO DE MS.. SINO SINCOPE MALIGNO...

UNO PIENSA COMO ARRITMÓLOGO Y LO QUE PROYECTAMOS EN NUESTRA MENTE ES TV. HABRA QUE ESPERAR ESTUDIOS... PREGUNTA: ¿antecedentes hereditarios de MS?

Si los registros Holter no encontramos nada.. me inclinaria ~~HABIENDO DESCARTADO~~ enfermedad coronaria un test de provocación para desenmascarar probable síndrome de Brugada

Alfredo Cagnolatti

---

Alfredo. El ECG NO ES NORMAL. Faltaba este dato. Ahora lo que haria:

1. Ubicaria el electrodo de V1 en 4to EII para demostrar que esta bien ubicado. Hacerlo vos y no un técnico.
2. Si da igual al que mostrás, precordiales derechas altas y luego seguimos opinando.

Oscar Pellizzón

---

Nos hiciste trampa Alfredo! Dijiste que el ECG era normal.

Mario D. González

---

Leonardo, mejor consulta la literatura y si nada encuentras preguntas. Debes aprender a pescar no que te den el pez. Clica en cualquiera de esos links

Andrés R. Pérez Riera

[circ.ahajournals.org/content/107/23/2987](http://circ.ahajournals.org/content/107/23/2987)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC484696>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9670193>

[medcraveonline.com/JDHODT/JDHODT-02-00048.pdf](http://medcraveonline.com/JDHODT/JDHODT-02-00048.pdf)

[www.meducator3.net/.../malignant-vasovagal-syncope-malignan](http://www.meducator3.net/.../malignant-vasovagal-syncope-malignan)

1. Amasyali B1. Malignant convulsive vasovagal syncope. Cardiovasc J Afr. 2011 Jul-Aug;22(4):212.
2. Arnaout R1, Thorson A2. Late Recognition of Malignant Vasovagal Syncope. Card Electrophysiol Clin. 2010 Jun;2(2):281-283.
3. Dupliakov DV, Golovina GA, Zemlianova ME, Khokhlunov SM, Poliakov VP. Permanent cardiac pacing in vasovagal syncope and carotid sinus syndrome. Kardiologiia. 2011;51(3):74-80.
4. Gandhi NM1, Bennett DH. Malignant vasovagal syndrome in two patients with Wolff-Parkinson-White syndrome. Heart. 2004 Apr;90(4):e19.
5. González-Hermosillo JA1. Permanent cardiac pacing in vasovagal syncope: when and which? Arch Cardiol Mex. 2006 Apr-Jun; 76 Suppl 2: S225-8.
6. Halmai L1, Avramov K, Rudas L. Malignant vasovagal syncope. Orv.Orv Hetil. 2003 Jun 22;144(25):1235-9.
7. Loh KP, Ogunneye O. Malignant cardioinhibitory vasovagal syncope - an uncommon cardiovascular complication of Roux-en-Y gastric bypass surgery: the fainting syndrome! Int J Cardiol. 2013 Apr 15;164(3):e38-9.
8. Sharma PR, Hargreaves AD. Malignant vasovagal syncope. Dent Update. 2006 May; 33 (4): 246-8, 250.
9. Sharma G1, Boopathy Senguttuvan N, Juneja R, Kumar Bahl V. Neurocardiogenic syncope during a routine colonoscopy: an uncommon malignant presentation. Intern Med. 2012;51(8):891-3.

Estimado del Rio ¿escribiste que el Ecocg es normal?. Me imagino que te refieres al escribir Ecocg que quisiste decir ECG. Si es así no es normal. Tiene un patron claro Brugada tipo 1 y 2. Lo ideal es que mandaras una historia completa caso contrario confunde Anamnesis con historia familiar examen físico etc.

---

Queridos Mario y Andrés:

No soy abogado de Alfredo porque no lo requiere

Pero él escribió ***Ecocg normal***.

Es una poco feliz y equívoca abreviatura de **ECOCARDIOGRAMA**

Edgardo Schapachnik

Estiada Alfredo por lo que describes el paciente sufrió síncope. Dos caminos a seguir se debió a causa cardiovascular o Neurológica son las dos preguntas iniciales que debemos hacernos.

2do. El electrocardiograma muestra indicios de alteraciones eléctricas. Primero hay un patrón Brugada Tipo I, pero además un PR que varía ligeramente pero si observas DII y aVF hay ciclos en 200 mesg. Con una frecuencia cardiaca no muy baja o sea con esa edad si hay factores de riesgos no se puede descartar la posibilidad de bloqueo AV transitorio y sea por isquemia miocárdica y el bloqueo que vemos de rama derecha no sea un Brugada y sea isquémico. Hasta aquí sólo hablamos empíricamente. Por lo que se impone internar como dijo Mario y descartar isquemia miocárdica como primera causa y estudio con Holter para diagnosticar arritmias creo que es lo primero que debemos hacer lo demás será en base a resultados de los diferentes estudios. Ahh no olvidar serología para Chagas

Esperemos por los expertos

Olvidé algo: el QT no me parece la causa; el QT corregido esta en 413 mesg cierto que los macrólidos son causas de QT largo pero no me parece este sea el caso.

Saludos

Dr. José Enrique Castellanos Heredia

---

Esto es un Brugada tipo II

Marco Larrea

---

Estimados amigos:

En mi opinión ese ECG presenta los electrodos algo altos. Sugiero hacer un mapeo precordial colocando los electrodos V1-V2 en 2º, 3er y 4º espacio intercostal a ver que sucede. Aunque el ángulo beta y la base del triángulo fuesen positivas para Brugada tipo 2 tengo mis dudas sobre que esto se trate de un patrón de Brugada tipo 2. Me sugiere a priori un patrón de electrodos altos en un paciente con bloqueo de rama derecha; aVR y V1 se parecen mucho... Otra cosa que hay que ver es que punto de corte de filtro paso alto se realizó el ECG y si fue hecho en modo manual o automático. La morfología en V3 sugiere error de adquisición. Otra cosa que hay que definir es el bien el tipo de síncope. Por otro lado, Oscar opinó que el ECG lo realizara el médico y no el técnico...De esto sabemos que los técnicos son los que con más precisión colocan los electrodos.

Un cordial salud

[Javier García-Niebla](#)

Estimado Alfredo,

EL ECG lo encontré en otro correo electrónico.

Para mi es un Brugada y le pondría un CDI sin más estudios.

Saludos,

Daniel Banina

---

Estimado javier. Lo que Ud dice no ocurre por este lado del mundo. No dudaria del ECG si lo hubiera hecho Ud. Por eso sugeri que lo hiciera Alfredo para poder opinar. Ud mismo hace observaciones interesantes del ECG. Abrazo.

Oscar Pellizzón

---

Amigos

Concordo com Javier: não é padrão típico de Brugada tipo 1 com elevação inicial de ST  $\geq$  2mV, descendente lento concavo ou retilíneo com T invertida e simétrica. "Coved type".

Adail Paixao Almeida

---

El término síncope maligno no es un término que usemos. De hecho en un término que genera confusión.

Por ejemplo en este paciente nosotros diríamos que tiene un síncope de causa no determinada con traumatismo encéfalo craneano.

Antiguamente se usaba el término síncope vasovagal maligno para los casos de síncope con asistolia de más de 3 segundos.

Hoy se usa el término síncope vasovagal cardioinhibitorio.

Saludos

Daniel Banina

De acuerdo contigo Daniel y poco a poco va saliendo el motivo de mi pregunta respetuosa y con la sana intención de motivar la discusión formadora.

Todos sabemos que ante un paciente con Síncope lo primero es estratificar su riesgo de morir.

El término "Síncope Maligno" aunque usado en algún momento y publicado no permite establecer pronóstico por lo menos de entrada.

Un paciente con Síncope y Trauma Craneal podría ser secundario a Bradirritmias Extremas (pausas por parada Sinusal o por BAV) o por Taquiarritmias Ventriculares (TV/FV) e incluso, aunque no lo más frecuente, por Disautonomía especialmente en ancianos y cada diagnóstico, como sabemos, tiene un pronóstico diferente aunque lo pudiéramos llamar "maligno".

Todos estos conceptos los sabemos pero la discusión amena entre amigos conocedores del tema que enriquecedor es. Nos permite hacer el ejercicio clínico para luego ponerlos en práctica con nuestros pacientes.

Bienvenida la controversia con respeto hacia el otro... Aunque este aprendiendo!!!

Leonardo Ramírez Zambrano