

# Mujer de 65 años tratada con vismodebig que presenta episodios sincopares

Dr. Mario D. González

Les envío este caso para discutir un poco el manejo del síncope

Se trata de una paciente de 65 años de edad con hipertensión arterial y síndrome de Gorlin-Goltz (síndrome de carcinoma nevoide de células basales) tratada con vismodegib. Para su hipertensión recibe HCTZ 12.5 mg /día

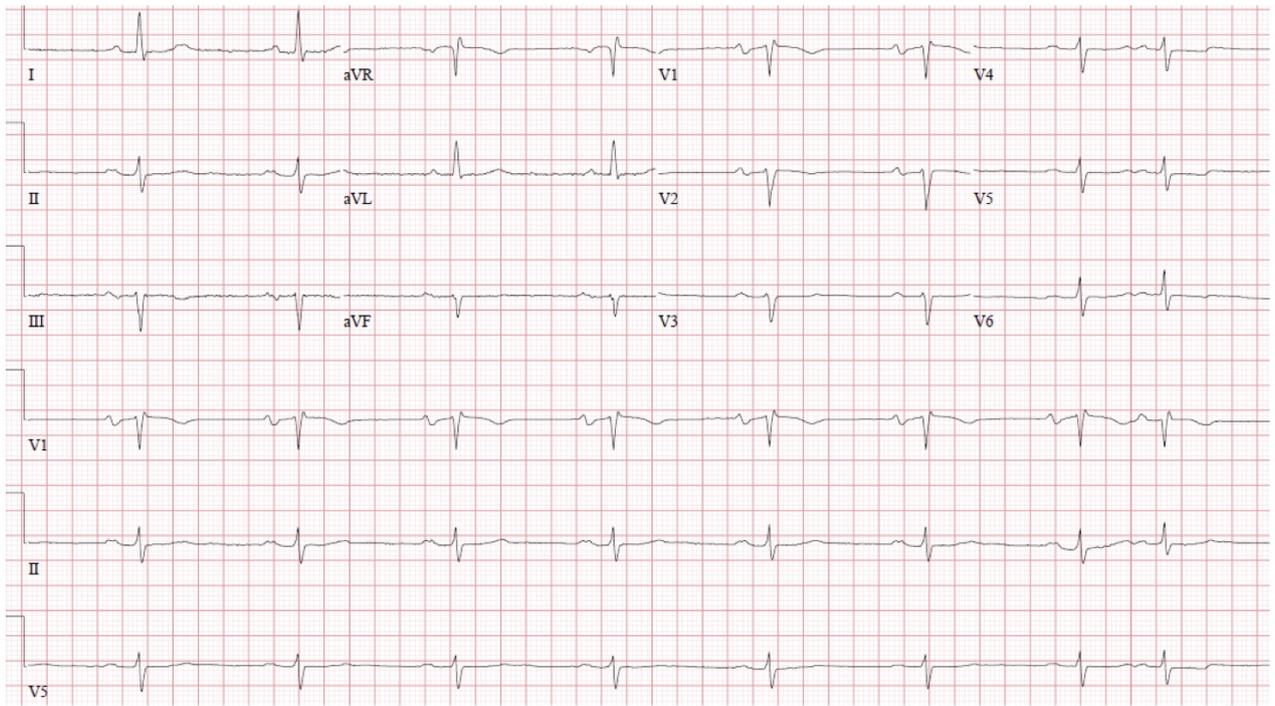
Hace 5 años le realicé una ablación por una taquicardia auricular septal. Tiene ecocardiograma normal.

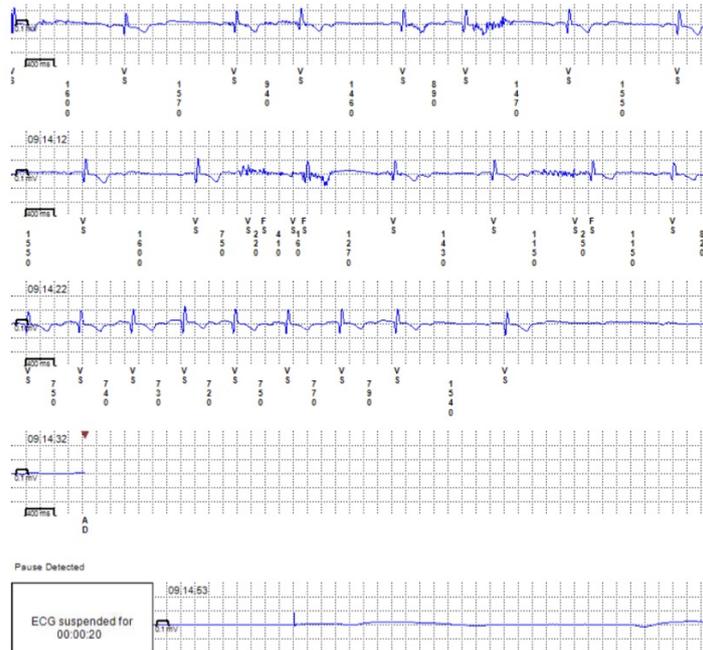
Ha tenido 3 episodios de síncope en los últimos 2 años. Dos de los 3 sucedieron estando de pie y con rápida recuperación luego de caer al piso. El último episodio ocurrió ya teniendo un implantable loop recorder (no estoy seguro como se dice en español) y cuando se recuperaba de un reemplazo de cadera.

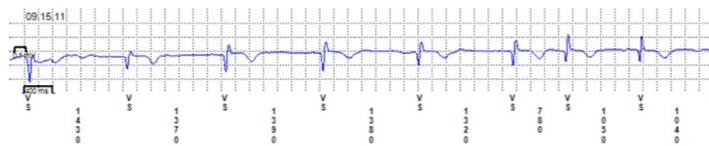
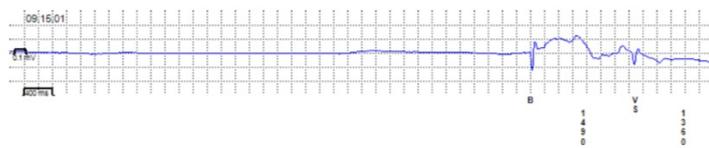
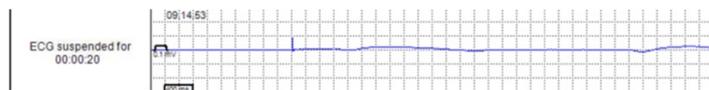
Les adjunto el ECG y el registro del evento.

Saludos,

Mario D. Gonzalez







# OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Mario

Sería muy importante la medida de la PA en decúbito dorsal y a la bipedestación ya que podría ser un síncope debido a hipotensión ortostática, ya que tiene 65 años y recibe diuréticos.

Otro dato importante sería saber si es diabético y si recibe alfa bloqueantes.

Un saludo cordial

Dr. Federico Machado

---

Hola

DIAGNÓSTICO ECG :

- Bradicardia sinusal
- BIA
- TCRD
- DISFUNCIÓN DEL NÓDULO SINUSAL

En loop recorder:

- BAV paroxístico vs paro sinusal

Observaciones

Standard menor de 1 mv

Por tal motivo no se observa bien onda P

Otro diagnóstico

- hipersensibilidad seno carotídeo

Saludos cordiales

Juan José Sirena

Hola Mario

Las características clínicas ¿son vágales?

¿Valdría la pena un Tilt Test? ¿Estaba utilizando diuréticos?

Saludos

Chamia Benchetrit

---

Gracias Federico. Buenas preguntas.

La paciente no tiene hipotensión ortostática y no recibe alfa bloqueantes.

Saludos,

Mario D. González

---

Hola Mario:

Referís los episodios sincopales se produjeron estando en bipedestación.

El último luego de un reemplazo de cadera y recibe diuréticos, obviamente no son por hipotensión ortostática.

Si recibe diuréticos y el último luego del reemplazo de cadera que suele acompañarse de anemia posterior a cirugía.

A pesar de lo referido no me impresiona el mecanismo sea por hipoflujo cerebral

En el trazado basal presenta bradicardia sinusal de 60 lat por minuto con BAV de primer grado y un BFAI.

En el loop recorder se observa bradicardia sinusal pero con 2 longitudes de ciclo que impresionan ESV bloqueadas, pero al medir los intervalos PP son constantes, por lo que esto va en contra de ESV bloqueadas sino de un BAV de alto grado. No son múltiplos exactos los ciclos por la diferencia en los complejos RR de acuerdo al PR, de 1660-1470 mseg y ciclos de 940-890 conducidos 1:1.

Le sigue una taquicardia atrial con prolongación del PR y ciclos de 730-790 mseg que finaliza con un BAV y pausa de 1540 mseg con una onda P no conducida. Luego un BAV completo.

Seguido de asistolia.

En conclusión la paciente presenta episodios de BAV que progresan a BAV completo y probablemente asociada una disfunción del NS.

Si fuera por hipoflujo cerebral o por hipersensibilidad del seno carotideo esperaría la progresión observada en el loop recordar y no justifica en BAV completo seguido de asistolia.

Si tienes los datos del EEF sería excelente ya que se puede medir el tiempo de recuperación del NS y el intervalo AH.

Un abrazo

Martín Ibarrola

---

Hola Chamia,

Si, las características clínicas son de síncope vaso-vagal. Está tomando hidroclorotiazida 12.5 mg/día.

¿Qué conducta tomarías teniendo en cuenta el trazado obtenido con el loop recorder?

Gracias,

Mario D. González

---

La pausa es verdaderamente prolongada

Le haría igual el Tilt

La tentación del marcapasos es evidente pero me gustaría tener el Dx confirmado Y de allí a conversar con la paciente

Saludos

Chamia Benchetrit

Hola Mario. El ECG muestra bradicardia sinusal, BAV 1 grado, agrandamiento AI, no tiene BIA completo.

Lo interesante es el registrador de eventos (loop recorder) donde se observa que antes del BAVC paroxístico no existe un alargamiento de los PP ni del PR, ni es post ESV o V. Este caso podría ser el de una nueva entidad conocida como BAV paroxístico idiopático.

Esto surge del ISSUE 3, donde un pequeño grupo de los pacientes estudiados se comportaba de esta manera. Estos pacientes tienen niveles de adenosina bajo. Hay un estudio de Brignole M. HR 2017:14:234 que compara la administración de teofilina (12 % recurrencia) vs MCP DDD con 0% de recurrencia. Estos pacientes tienen Tilt Test menos positivos que en el síncope VV..

Me impresiona que el síncope es de este origen por las características previas al BAV, Le indicaría un MCP. Ya tuvo fractura de cadera, se comporta como maligno.

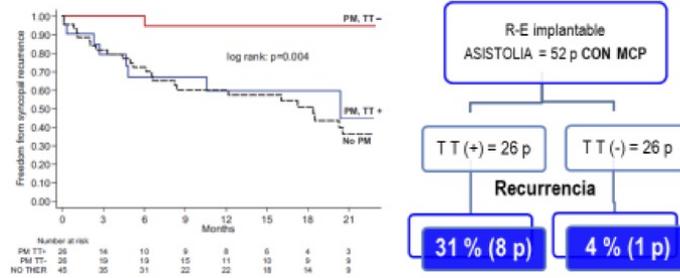
Espero tu apreciación y otros comentarios de este foro. abrazo. Adjunto algunos datos al respecto. Oscar.

Oscar Pellizzón

---

Benefit of Pacemaker Therapy in Patients With Presumed Neurally Mediated Syncope and Documented Asystole Is Greater When Tilt Test Is Negative. An Analysis From the Third International Study on Syncope of Uncertain Etiology (ISSUE-3).

Brignole M. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 2014;7:10-16.



- En p con asistolia documentada y TT (+) el MCP no produjo un beneficio sustancial.
- En p con TT (-) el MCP fue beneficioso.

## SINCOPE SIN PRODRAMOS VS SINCOPE V-V

Deharo JC. JACC 2013;62:1075-80.	SINCOPE SIN PRODROMO , CORAZON NORMAL, ECG NORMAL (n = 15)	SINCOPE V-V (n = 31)	P
EDAD	61±12	47±17	0,005
N° TOTAL DE SINCOPE	2 (1-2,5)	9 (4-15)	0,0001
ADENOSINA PLASMÁTICA (µmol/l)	0,25 (0,10-1,51)	0,85 (0,32-2,80)	0,0004
TILT TEST POSITIVO	33%	74%	0,01
Brignole M. HR 2017;14:234-39.	(n = 29)	(n = 389) (ISSUE 3)	
R-E (BAV parox. Idiop.)	47%	21%	0,04
MCP DDD (recurrencia)	0%	25%	
TEOFILINA (recurrencia)	12%		

Amigos, mi pensamiento inicial:

En la gran mayoría de los pacientes jóvenes, adolescentes con este tipo de paro sinusal severo, el mecanismo es disautonómico, tienen historia de episodios previos similares en la infancia o juventud y no tienen cardiopatía estructural; muy rara vez, existe, por

ejemplo, disfunción sinusal de origen genético o por otra condición patológica (ej. Chagas)

Por otro lado, en la mayoría de pacientes mayores de 55-60 años, con EKG patológico, antecedente de HTA y de T.A ablacionada, sin evidencia de HO (pero con síntomas durante bipedestación), el mecanismo es enfermedad del nodo sinusal; rara vez, en este contexto, el mecanismo es neurocardiogénico

Si no tengo muchas posibilidades de hacer un seguimiento clínico cercano, con citas repetidas, ni implantar un loop recorder ni hacer un EEF (o sea, la mayoría de nuestras realidades latinoamericanas), con estos datos le implanto el marcapasos, el cual evitará los 3 anteriores. Y en la gran mayoría, con el seguimiento de su dispositivo se confirma el Dx

Saludos!  
Oswaldo Gutiérrez

---

Hola amigos

En ese contexto de opiniones, personalmente no interpreto síncope reflejo. Sí pienso en BAV paroxístico

Le indicaría un marcapaso DDD idealmente con *Rate response*

Saludos

Juan José Sirena

---

Mario, parece autonómico

El TT positivo vasodepresor podría ayudar a descartarlo como buen respondedor al marcapasos (que parece tener indicado por el resultado del loop recorder)

A mi no me parece un BAV idiopático como los que describió Brignole, me parece que algo alarga PR y algo se bradicardiza sinusal previo bloqueo.

No se que rol podría estar jugando ei carcinoma a nivel autonómico como para participar en estos cuadros (que parecen recientes por lo que leí)

Saludos  
Guillermo Mariani

Buenos días

Este es un paciente típico del Issue 3, probablemente más un bloqueo intermitente que un cuadro vágales, sería bueno un marcapasos con CLS, nosotros hemos tenido algunos pacientes así, con muy buena respuesta

Pablo Eduardo Perafan

---

Buen día. El mecanismo del síncope de esta paciente parece ser vasovagal, con una respuesta predominantemente cardioinhibitoria. El reflejo más común ante estos cuadros es a colocar un marcapasos pero la indicación de marcapasos en el síncope vasovagal es muy controvertida.

Claramente esta paciente todavía no recibió medidas para el tratamiento de su síncope vasovagal por lo que lo primero que hay que hacer es discontinuar los diuréticos y mejorar el estado de hidratación. También ver qué hacemos con su hipertensión. Saludos!!

Alfredo del Río

---

Hola Mario! Lo que se observa en el primero ECG es una bradicardia sinusal. El segundo registro exhibe un ritmo aparentemente sinusal con una frecuencia de 75 latidos por minuto con un bloqueo AV 2:1 y por momentos conduce la segunda onda P prolongando el PR. A posteriori conduce 1:1 con un PR prolongado; y en la última parte observamos el bloqueo AV digamos que "completo" para describirlo de alguna forma; seguido de asistolia.

Desconozco si el vismodegib o el carcinoma puede intervenir en este comportamiento; pero lo que se observa previo al síncope es un bloqueo AV no una bradicardia sinusal por lo cual me resulta difícil rotular a este síncope como de etiología "vasovagal".

Afectuosamente

Isabel Konopka

Hola Isabel, revisé los efectos adversos del Tto para su Carcinoma y no se encuentran reportados efectos a nivel cardiaco ni TA. No pasa la barrera hematoencefalica. Como toda los antineoplásicos la intolerancia es digestiva y pérdida de peso.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

---

Muchas gracias Martin por tu información; yo también los había revisado pero decía efectos cardiovasculares que no los especificaba.

Un beso

Isabel Konopka

---

Lindo caso del Dr. González.

El trazado ECG de 12 derivaciones registra:

-Una **bradicardia sinusal** a 50 lpm, el AQRS es superior izquierdo (-30 grados) (sin cumplir criterios de hemibloqueo anterior izquierdo), la onda P mide 120 ms generando un **bloqueo interauricular no avanzado**, ntervalo PR está **prolongado**creo que 230 ms) hay **retraso en la conducción por la rama derecha** (no se si es de bajo o alto grado no logro medir bien).

-Al no estar bajo efecto de cronotrópicos negativos pensaría que el síncope podría deberse por **disfunción del nodo sinusal**.

En el registro del Holter implantable coincido con Isabel que en el primer y segundo trazado se ve un **BAV 2:1** y en el tercer registro hay conducción 1:1, luego vuelve a un 2:1 y finalmente un **BAV paroxístico** y asistolia por tanto presumo que existe **enfermedad binodal** con clara indicación de marcapasos definitivo.

Preguntaría al Dr. González si la taquicardia auricular septal ablacionada tiene que ver con la prolongación del PR y el trastorno de conducción AV. ¿Cuál fue el sitio de la ablación?.

Saludos.

Diego Villalba Paredes

Quito – Ecuador.

---

Muchas gracias por todas las opiniones y contribuciones!

Aprendí mucho de todos Uds!!

Quise compartir este caso porque se ve con mucha frecuencia ahora que se popularizaron los registradores de eventos y no es muy claro que conducta tomar. En lo que se refiere a esta paciente en particular, ayer me enviaron el trazado al mismo tiempo que le colocaban un marcapasos en otra institución. No tuve oportunidad de opinar sobre el tratamiento!

Cuando le realice un estudio EF y ablación en 2015, la conducción A-V fue normal antes y después de la ablación (H-V 45 mseg). El automatismo sinusal también estaba preservado. La taquicardia focal provenía del limbus superior de la fosa oval. Como Martín e Isabel explicaron, la medicación que toma para el síndrome de carcinoma nevoide, no se conoce que afecte el sistema de conducción.

Los médicos tienden a tratar lo que ven o documentan. Varios de Uds. lo mencionaron. Esto se ha exacerbado con el desarrollo de la tecnología. Estos periodos de asistolia o bloqueo A-V avanzado son frecuente manifestación de fenómenos vagales. Además, la pérdida de conocimiento en muchos casos precede al bloqueo lo que indica un fenómeno vasodepresor. No descarta que un marcapasos la ayude, pero creo que se debería hacer primero una evaluación sobre el mecanismo de la asistolia y del síncope.

Estoy de acuerdo con la idea de realizar un Tilt Test como lo sugirieron Chamia y Alfredo Del Río. Le pedí al cardiólogo de la paciente que me la envíe para realizar este test y ver cómo responde. Estoy de acuerdo con suspender el diurético. Es cierto que el efecto vagal más frecuente es bradicardia sinusal primero, seguida de prolongación del PR y luego bloqueo A-V. Sin embargo, hay pacientes en los cuales el efecto vagal es casi exclusivo en el nódulo A-V con poco o ningún efecto en el nódulo sinusal.

Cuando le hagamos el Tilt Test les envío el resultado.

Saludos,

Mario D. Gonzalez