

Adolescente de 18 años que presenta lipotimia – 2009

Wilson José Bravo Monroy

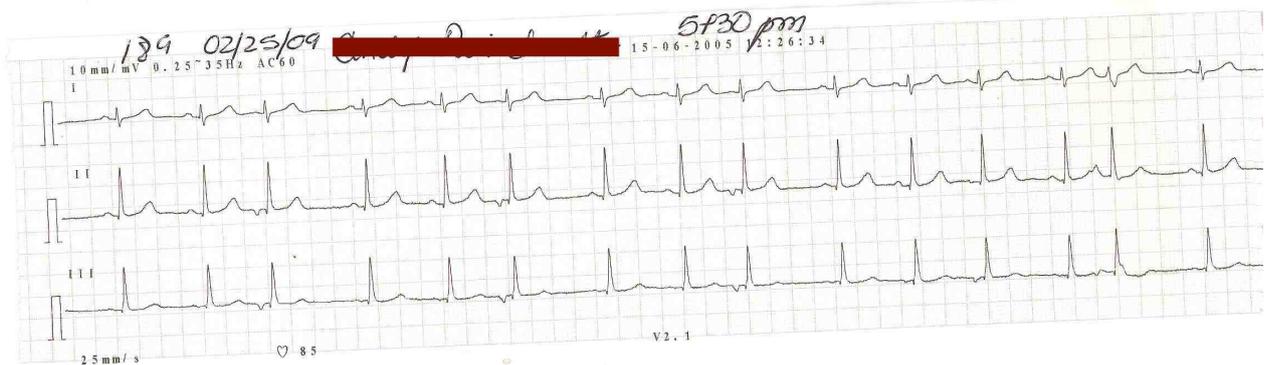
Para todos los participantes del foro quisiera escuchar la opinión de este caso de una paciente de 18 años de edad que consulta por episodio de lipotimia, y palpitaciones.

Al ingreso al servicio de urgencia la paciente presenta FC 83, normotensa con ruidos cardíacos arrítmicos, pulmones con murmullo vesicular normal.

Adjunto la imagen del trazo del DII largo

Espero opiniones sobre dx y conducta a continuación

Wilson José Bravo Monroy



OPINIONES DE COLEGAS

Hola todos

A vuelo de pájaro, trigeminia SV (en la primera parte del trazado) con foco auricular bajo (dando P negativa en derivaciones inferiores). Intervalo de acoplamiento fijo, sugiriendo mecanismo de reentrada (con lo cual parasistolia SV es altamente infrecuente). Hay 2 latidos mas con P anormal y diferente morfología. La última PAC tiene acoplamiento más corto y me parece mas positiva en lead II, con lo cual puede venir del área perisinusal o vena pulmonar superior derecha.

Si bien no cumple todos los criterios de MAT (por ejemplo FC < 100) podría tratarse de marcapaso auricular caótico o errante), he contado por lo menos 3 morfologías en los latidos no-PAC.

Me gustaría oír las voces del foro.

Saludos

Dr Adrian Baranchuk

Estimado Wilson José: la imagen del trazado no se trata de un DII largo como mencionas e si DI, DII y aVF en aparato de 3 canales. Existe 4 conjuntos de latidos iniciais que denotan un trigeminismo: dos latidos normales y una extrasístole juncional. A seguir una bigeminia de otro foco supraventricular: un latido normal seguido de una extrasístole supraventricular de otro foco diferente.

No mencionas cuando tuvo inicio esta sintomatologia.uma anamnese detalhada deve ser realizada, devendo ser explorados os seguintes aspectos: a posição do indivíduo no momento do evento, as situações do ambiente, a ocorrência ou não de sintomas premonitórios e de sintomas após a recuperação da consciência, as características do paciente no momento da síncope.Na maioria das vezes,a síncope é seguida de recuperação quase imediata da consciência e orientação, podendo ser precedida ou não de sintomas premonitórios. Habitualmente, a perda da consciência se dá por um curto período (de segundos a poucos minutos), entretanto, em situações mais incomuns, a duração da síncope pode ser mais longa, chegando a vários minutos. Nestas situações, pode ser difícil a diferenciação de síncope com outras causas de perda da consciência,

principalmente os quadros epilépticos. Por lipotimia se entende un desmayo o desvanecimiento con pérdida súbita y pasajera del sentido y del movimiento. En otras palabras se confunde con el concepto de síncope. Este pode ser considerado uma síndrome clínica caracterizada por: abolição súbita da consciência; transitória, curta duração recuperação espontânea; perda do tônus postural. Causa. Redução aguda e acentuada do fluxo sanguíneo cerebral. Tonteira. Sensação momentânea de desequilíbrio, zonzeira, ou alteração na visão ou na percepção do ambiente. Vertigem. Alucinação de movimento rotatório do paciente ou do ambiente. Lipotímia é desmaio.

El síncope o lipotimia asi como las palpaciones podrian ser devidos a arritmia mas severa no registrada, mas en esa edad es poco provavel. O ECG é o único exame complementar que consta da avaliação inicial do paciente com síncope. Raramente o ECG, por si só, é capaz de definir a causa da síncope; isso acontece em apenas 10% dos pacientes. As arritmias consideradas diagnósticas da causa da síncope pelo ECG:

- 1) Bradicardia sinusal < 40 batimentos/min ou bloqueios sinoatriais repetitivos ou pausas sinusais > 3 segundos
- 2) Bloqueio atrioventricular de 2º grau Mobitz II ou de 3º grau;
- 3) Bloqueios de ramos direito e esquerdo alternantes;
- 4) Taquicardia supraventricular ou ventricular paroxística rápida
- 5) Disfunção do marca-passo com pausas cardíacas

Padroes fortemente sugestivos são:

- 1) Padrao Brugada tipo 1
 - 2) QTc longo com ondas U proeminentes de base larga, alternantes, bifidas, ST longo etc
- Apesar disso, existem algumas alterações do ECG que, quando presentes, definem o diagnóstico.

Deveríamos seguir la sequencia de estudio de cualquier síncope con un protocolo de exámenes iniciales tales como glicemia, función tiroidea, ECG de larga duración (Holter), teste ergométrico, ECG-AR, ecocardiograma e eventual tilt-test. Las causas mas frecuentes de síncope observadas em jovenes son la hipoglicemia y el síncope vasovagal; em indivíduos de faixa etária mais avançada, a arritmia é a etiologia mais encontrada. A história e o exame físico são os principais instrumentos diagnósticos na abordagem do paciente com síncope, identificando a causa potencial ou orientando para a solicitação de exames a serem realizados. A complexidade na definição diagnóstica da síncope fazia com que 30 a 50% dos episódios não fossem esclarecidos. Nem sempre é possível definir a causa. Nos dias atuais, cerca de 15% dos casos permanecem inexplicados, apesar de extensa investigação, diferentemente do que acontecia há alguns anos, quando até 40% dos casos eram considerados inexplicados. Esta mudança se deve principalmente ao advento de novas modalidades diagnósticas, como o tilt-test e o monitor de eventos, externo ou implantável e o estudo invasivo. EPS.

As causas mais comuns de síncope na população geral são neurocardiogênica e ortostática, seguida das arritmias. Dependendo da faixa etária, há o predomínio de uma ou outra etiologia. Em crianças e jovens, as causas mais prováveis são neurocardiogênica, reações conversivas (psiquiátricas) e arritmias primárias. Em adultos

de meia-idade, a neurocardiogênica é a mais frequente, aparecendo, mais que no grupo anterior, as síncopec situacionais (como as relacionadas com a deglutição, defecação etc.); em idosos, as síncopec causadas por obstruções do débito cardíaco (estenose aórtica, embolia pulmonar etc.) têm maior importância, assim como as arritmias decorrentes de doença estrutural do coração.

Abraço a todos

Andrés R. Pérez Riera

Estimados, en mi opinión, no soy arritmólogo solo cardiólogo infantil, me parece que esta adolescente tiene un ECG dentro de lo que se considera normal. en el trazado DII se observa un cambio de marcapaso auricular, lo que se denomina marcapaso auricular bajo, o auricular alternante. el cuadro impresiona como un SINCOPE VASOVAGAL .

Los saludo

Oscar Alberto Stepffer

En mi opinión, sin detalles electrofisiológicos, me parece una reentrada auricular por el cambio de morfología de la P. Esperaría un Holter de 24 hs para obtener mayores datos.

Graciela CC

Aclaro que no soy cardióloga sino pediatra y neonatóloga

No me parece una reacción vasovagal por las palpitaciones: eso me orienta a arritmia

El ECG me parece un QT prolongado para la edad y puede estar con taquicardia que justificara la lipotimia.

Un saludo a la red y gracias por dejarme participar.

Rita Rufo

Hola a todos en este regreso de vacaciones de Edgardo (se las merece), mi diagnóstico electrocardiográfico: Ritmo Sinusal + marcapaso migratorio, tiene más de 3 morfologías la P y última extrasístole atrial conducida con aberrancia, yo interrogaría bien a la paciente y realizaría un Ecocardiograma para valorar anatomía cardíaca y función ventricular, me gustaría realizar un Holter para ver si hay taquicardia sostenida, pudiera indicar un estudio electrofisiológico y también me gustaría escuchar opiniones, ya que es un caso interesante.....

Saludos

Carlos Rodríguez Artuza

Cordiales saludos desde Medellín, Colombia.

	EKG 1
Aspectos Técnicos	Satisfactorios. Seria interesante obtener el trazado de las derivaciones V1 a V6.
Frecuencia:	90/min contada en 6 segundos.
Ritmo:	No cumple criterios de ritmo sinusal al tener P de diferente morfología en la misma derivación y P negativa en D2.
PR milisegundos (ms.):	130ms aparentemente constante.
QRS ms:	90ms sin embargo al final del trazado (el penúltimo complejo) aumenta a 125ms
QT ms.:	380ms aparentemente constante
R-R segundos:	Variable promedio de: 0.66
QTc:	855
Morfología P:	Anormal dos p positivas seguidas de p negativa en DII.
Morfología QRS:	qR en DII, DIII ¿aVF?, rS en DI. S ancha en DI en el penúltimo complejo. R ancha en DIII en el penúltimo complejo del trazado.
Morfología	Aparentemente normal.

ST:	
Morfología T:	Aparentemente normal

Me gustaría saber respetado Doctor Wilson José Bravo Monroy si la lipotimia fue desencadenada por el ejercicio.

ANALISIS: Se observa trigémina con marcapasos ectópico auricular bajo, ya que la P es negativa, precedida de 2 P positivas y de igual morfología, sin embargo tenemos frecuencia cardiaca de 90/min. Lo que deja en dudas.

La morfología qR en DII y DIII y rS aunque la R no es tan pequeña como esperaría, podría indicarnos un bloqueo de rama izquierda posteroinferior. Además el QRS que se ensancha (125ms) me sugiere un bloqueo de rama sin embargo es necesario observar las otras derivaciones para apoyar o descartar esta segunda afirmación. El QTc está prolongado. El PR normal y constante me descarta un bloqueo AV.

CONCLUSIONES:

Las alteraciones electrocardiográficas sugieren que no es un EKG normal (el bloqueo de rama izquierda posteroinferior siempre es patológico) y la necesidad de un seguimiento y evaluación mas profundas.

NOTA: Respetados miembros del foro les agradecería mucho si me colaboraran con bibliografía acerca de arritmias supra ventriculares y ventriculares. De antemano muchas gracias.

Esperando la opinión de los expertos.

Mario Andrés Zamudio.

Hola a todos los del foro, con respecto a este caso me parece que la onda P es cambiante parece sinusal ,luego auricular bajo, alterna con ESV, no puedo medir losPR, pero pareciera una arritmia sinusal por el cambio de morfología de las ondas P. De todas formas completaría estudios con Holter de24 hs. + ecobi

Marilina Ortega

Me inclino por latidos ectópicos auriculares, incluso trigeminismo auricular.

Saludos.

Jose Hurtado.

Como siempre la respuesta del Dr. Pérez Riera es sumamente completa y aclaratoria, Siempre tuve la idea de lipotimia como entidad distinta al síncope, más relacionada a la hipotensión postural, incluso sin llegar a la pérdida de conocimiento, pero buscando definiciones (bibliográficas) realmente si hay alguna diferencia se escapa a mi discernimiento y encuentro los términos como sinónimos, por lo cual mujer de 18 años con un ECG que muestra ritmo migratorio o ESV no es suficiente para considerarlo como causa, si es el primer episodio lo primero a evaluar son las condiciones en que sucedió. Mucho calor, mucho tiempo parada, horas de descanso, ingesta normal, etc. Si no vuelve a suceder no hago mas estudios, salvo que haya antecedentes familiares que me obliguen a otra cosa. seguiría los estudios en caso de que tenga otro episodio.El Síncope o Lipotimia es sumamente frecuente, en mujeres adolescentes por lo cual intentaría si hubo alguna causa que lo provoque no preocupar a la paciente y realizar medidas de prevención. El ECG si bien tiene arritmia no creo que sea el origen del desmayo salvo que

la inmadurez del sistema neurovegetativo.

Ignacio Retamal

Hola a todos los participantes. Muy de acuerdo con los participantes quienes consideran que existe un marcapasos ectópico auricular bajo, aunque sería mejor ver todas las derivaciones para poder descartar la posibilidad del bloqueo postero-inferior, comentado por un colega. No creo que debamos realizar un EEF sin tener bien otros datos tan importantes como la clínica que llevó a la lipotimia, teniendo en cuenta que una lipotimia no es un síncope, ¿antecedentes: tabaquismo? ¿Problemas pulmonares? ¿De qué carácter son las palpitaciones y si estaban relacionadas con el esfuerzo? Un Holter podría dar mas información y sería necesario realizar una ecocardiografía Doppler, una prueba de esfuerzo, y eso sí ver todas las derivaciones. Si ha sido un único episodio y las pruebas son negativas, entonces no haría nada más.

Un saludo,

Dr. Oswald Londono

Estimado Oswald

Sólo como curiosidad...¿Ud realizan Ech + Doppler en forma rutinaria, a pesar de examen físico normal, ECG sin alteraciones que reflejen patología estructural, en un paciente joven?

Cuando Ud dice, si todas las pruebas son negativas (Echo, Holter + Echo Doppler) entonces no haria nada mas, ¿eso significa que el método de screening poblacional incluye esos tres estudios?

En pacientes jóvenes con lipotimia (entiendo que ni siquiera tuvo síncope...), ¿no se podría hacer un screening con profunda anamnesis, examen físico incluyendo medición de ortostatismo y un simple ECG?

Me interesa muchísimo su perspectiva en este punto, por las altas implicancias en coste-beneficio que tiene el estudio sistemático del síncope, para alcanzar la conclusión de que el paciente es "normal".

Le envío un fuerte abrazo desde Canada.

Adrian Baranchuk

Querido Adrián yo no hago nada de estudios aprofundados quando o case é assim. My explanation teve um caráter didático para explicar ao jovem colega a seqüência hipotética de estudo em casos de sincopes.

Todavía gracias a deus para mi a clinica continua sendo soberana.

Esas deve ser a interpretation de minhas words. Infelizmente carregando nas tintas da a impressão mesmo que eu faço tudo isto em qualquer caso.

Abraço

Andrés R. Pérez Riera

La paciente no presenta antecedente de tabaquismo, no tiene antecedentes de enfermedades pulmonares, al parecer no es el primer episodio.

Wilson José Bravo Monroy

Estimado Dr. Baranchuk, esta paciente no presentó episodio sincopal, no sabemos la respuesta ventricular durante el episodio de palpitaciones, no hubo relajación de esfínteres; la exploración física es normal, pero, generalmente, en nuestro Hospital realizamos una ecocardiografía Doppler para descartar patología estructural, la prueba de esfuerzo nos manifestaría alguna alteración al esfuerzo y un Holter para ver el comportamiento posible, si podemos registrar algo, las 24 horas. Estas pruebas están al alcance de los pacientes en nuestro sistema sanitario. Es evidente que en cualquier paciente joven se realice un anamnesis completo y las pruebas que nos puedan aportar información. El EEF no lo haría hasta no tener más información, además es el primer episodio, si tuviésemos información clínica de episodios anteriores y antecedentes familiares, estaría indicado. Sobre el tema de los costes, estoy de acuerdo con Ud. que en otros países no estaría a la mano del paciente, pero en nuestros hospitales, por ahora, se pueden realizar.

Apreciado Dr. Bravo, me gustaría saber si la manifestación clínica de lipotimia tuvo pródromos y si se acompañó con palpitaciones en el primer episodio, relación con el horario, postprandial, características del lugar, etc. Si no es el primer episodio ya es diferente y se debe estudiar. Me gustaría saber el resultado de las pruebas complementarias, podrían ser normales.

Un saludo.

Un saludo desde Barcelona,

Oswald Londono

Una adolescente consulta por lipotimia y palpitaciones.

En la mayoría de los casos podría ubicarse dentro de los frecuentes cuadros de síncope , en realidad "near" síncope, y tratarse de un cuadro vasovagal.

En la casi totalidad de los casos vasovagales hay antecedentes familiares positivos para vasovagal; el interrogatorio y examen físico tienen un paciente con otros rasgos de (pido permiso para usar libremente la expresión) disautonomía.

Lo que me sorprende es que consulte por ambas cosas, es decir, palpitaciones es un motivo frecuente y cuasi normal de consulta a esta edad, lipotimia (!!!) ni que decirlo!, ambas... eso merece un primer stop. No digo que debamos colocarla en línea de estudios complejos, solo digo que me gustaría interrogarla minuciosamente.

Luego tenemos un mini ECG (lo digo con respeto y humor) con el diagnóstico que ya han descrito y con algunas morfologías P "de más", segundo stop.

¿Como seguir? creo que debemos ver el ECG completo y también un DII largo, y luego pensar en la necesidad de Holter y Eco.

Excepcionalmente detrás de esta presentación podría existir alguna etiología relevante. No es lo habitual.

En general cuando se escucha un galope por la calle, se trata de un caballo... y no de una cebra. (pero nosotros cazamos cebras!) (¿o no?)

El equilibrio no es una norma rígida, sino el uso inteligente de las herramientas en cada situación.

Espero mas datos, no doy por cerrada mi opinión, son solo reflexiones.

Atte

Diego Esandi

Hola Adrián, particularmente en nuestro servicio, estamos alineados más o menos de la misma forma de protocolo que Oswaldo, yo abrí el juego con lo del estudio electrofisiológico dependiendo de los resultados de los estudios previos, No es normal que una paciente de 18 años tenga un marcapaso migratorio, además tiene queja de palpitaciones, para ir más allá, en nuestro servicio si esa paciente presenta: 1. Holter normal. 2. Eco normal. 3. test ergométrico normal. 4. continúa con con palpitaciones. 5. Nunca más Sincope. Por lo menos una cardio estimulación esofágica le realizamos antes de dar drogas antiarrítmicas, se que esto puede crear más polémica ya que la cardio estimulación esofágica es controversial, pero en muchos lugares de Europa aún se realiza, principalmente Francia, nosotros la realizamos en casos seleccionados y este para mí particularmente es un caso ideal, ya que el estudio transesofágico en manos expertas, es de bajo costo, fácil acceso y arroja beneficios, tomando en cuenta que puedes desencadenar taquicardias que no aparecen en el Holter o en la prueba de esfuerzo sin necesidad de llevarla a estudio electrofisiológico invasivo, muchos lugares en Brasil también lo realizan frecuentemente.

Saludo a todos,

Carlos Rodríguez Artuza

Dr. Bravo,

Pienso que sería interesante que nos comente: 1. en qué circunstancia se produjo la lipotimia, 2. cuál es su ocupación habitual. 3. qué contextura tiene. 4. antecedentes familiares exhaustivos, no solo cardiológicos sino de desórdenes sistema nervioso autónomo. 5. rutina de laboratorio

Talvez el control muestre que verdaderamente fue un episodio aislado que hubiera podido ser emocional.

Lo saludo muy atte.

Marta Bravo Luna

Amigos

Estoy de acuerdo con las secuencias descritas. Me llamo la atención que nadie sugiriera un Tilt Test, y sin embargo varios sugirieron Prueba de esfuerzo a pesar que los "near-syncope" que tuvo no se relacionaron con esfuerzo.

Luego del state of the art paper publicado por ACC/AHA/NASPE en el 2006 (Circulation), el porcentaje de Tilts que se hacen ha decrecido, y algunos servicios, ya no los hacen porque no son redituables.

Tengo la tendencia a no realizar estudios que estoy convencido, a priori (aplicando alguna principio Bayesiano), van a ser normales (como ir a cazar patos y tirar perdigones a ver si algún pájaro cae...).

Específicamente en síncope, publicamos con el profesor Morillo (Curr Opinion 2004) una secuencia semejante a la que propone Oswald (sin el agregado del Doppler, solo el Eco), y donde el Tilt todavía tiene lugar.

Si se trata de un Tilt con monitoreo cada 2 minutos por ECG y presión por esfigmomanómetro, es posible que ya prefiera NO hacerlo dado que la sensibilidad es baja, la especificidad es pobre y la reproducibilidad nula.

Pero si se trata de un Tilt con capacidad de monitoreo hemodinámico y pruebas de disfunción autonómica (Task Force), todavía lo encuentro muy útil en casos seleccionados (prueba de frío, Valsalva, hand-grip, medición de catecolaminas, determinación de FC intrínseca, prueba de Adenosina y finalmente Tilt con monitoreo de PA y FC minuto a minuto para determinar también Sensibilidad Barorrefleja bajo NPS y Fenilefrina).

En HRS (como abstract) publicamos en el 2005 la implementación de este algoritmo (llamado RESASTER) y sus costos. Lo comparamos contra estudio standard y la plata que se ahorra por año es muy significativa.

En definitiva, si el interrogatorio, examen físico y ECG, sugieren fuertemente vasovagal, no hago nada más. Porque en el mejor de los casos, toda la plata que voy a gastar, me

dirá que sí, que es un síncope vasovagal. Si hay alguna duda sobre presencia no detectada de cardiopatía estructural, Eco (sin Doppler, en Canada se carga un plus al estudio) (¿alguien puede decirme cuántas veces una auscultación normal se asocia con patología diagnosticada por Doppler?).

En esta paciente, amigo Carlos, no encuentro ninguna indicación para EEF ni para estimulación Esofágica (me recuerda un maestro que tuve, que para verificar que sentían los pacientes, todas las pruebas que indicaba, se las hacía el mismo...una vez hasta me clavó una aguja en el nervio peroné para realizar un estudio de tránsito simpático...no le recomiendo a Ud. probar meterse por la nariz una derivación esofágica y estimularse la aurícula, creo que va a resultarle muy doloroso...).

En fin, que lindo este foro, por la diversidad de ideas y posiciones.

Les mando un abrazo

Adrián Baranchuk

Hola amigos, sería interesante que Wilson aclare el término lipotimia, ya que en muchos lugares es familiar llamar así a un cuadro sincopal o presincopal, sería bueno aclarar si la paciente presentó un síncope, presíncope, mareos, etc. Asumiendo por lo que he visto en el foro que haya sido un episodio sincopal, en paciente joven, aparentemente sin antecedentes cardiovasculares, etc, como dice Diego, la causa neurocardiogénica es la más común, y con un buen interrogatorio, examen físico y un ECG, gran parte de la orientación diagnóstica puede estar. En este caso en particular la paciente presenta un dato importante que es un ECG que no es normal, con un marcapasos auricular errante y extrasístoles auriculares con fenómeno de P/T, con un probable origen en vena pulmonar superior derecha. Hasta acá es lo único que tenemos, y voy pensando que opciones diagnósticas voy teniendo, un mecanismo neurocardiogénico o vasovagal (teniendo todos los datos del interrogatorio, antecedentes, etc) es para pensar, que el ECG sea un hallazgo también, que esta paciente tenga crisis de taquiarritmias (lo que pensaría es en

una TA) que le originen el síntoma de lipotimia, también. Le haría un tilt test, aún pensando que lo más probable que de negativo, ya que si solo ha tenido un episodio. Sería importante averiguar si la paciente es deportista y que tipo de deporte hace, ya que su asociación con FA es un hecho a tener en cuenta. Creo que de rutina en hospitales que cuentan con eco 2D, es un estudio de bajo costo y se puede realizar, pero creo que en este caso con un examen físico normal, no aportará nuevos datos seguramente, sí haría un Holter y seguro no haría un EEF, por lo menos en una primera etapa, pero vuelvo a repetir es importante definir qué presentó la paciente, ¿palpitaciones rápidas seguidas de mareos? ¿palpitaciones rápidas seguidas de presíncope o síncope? ¿palpitaciones aisladas?. Recuerden que el ECG solo puede ser un hallazgo en este caso, dado que a esta edad los episodios presincopales o sincopales vasovagales, suelen ir precedidos por taquicardia sinusal, que en muchos casos es extremadamente sintomática, un cordial saludo para todos

Francisco Femenia

1 ESV cada 2 latidos sinusales de origen auricular bajo. No se si existe la denominación trigeminia auricular para ello. Sino ESV frecuentes.

Y1 EV aislada en ese trazado.

Por la edad hacer un buen interrogatorio 1°) para catalogar bien si la lipotimia es un desmayo común o tiene características de presíncope o síncope.

2°) para averiguar hábitos tóxicos: alcohol, tabaquismo severo, drogas: cocaína, éxtasis. Hipertiroidismo.

Estudios: análisis de rutina, hormonales, ECO Dopler (prolapso de VM), Holter, y ergometría.

Con eso tenemos para un rato.

Para mi nada de medicación.

Ricardo Omar Paz Martín

No quería escribir, pero me llama la atención la agresividad con la que se estudiaría a la paciente, creo faltan no pocos datos de la historia clínica, por ahí habría que replantear el esquema porque de la HC se puede sacar casi siempre el diagnóstico. Otra consideración. estudios no invasivos haría los que quisieran porque seguro que los padres de la joven van a estar mas tranquilos, pero ni uno invasivo, porque costo beneficio es una cosa y riesgo beneficio otra.

Lo último. Tilt test. Si bien es molesto para el que lo hace, si se lo hace bien no hace falta que sea muy complejo, pues se sacan datos interesantes del mismo. Sobre todo cuando la indicación es correcta.

Simón Pero

Hola nuevamente a todos.

Yo quiero aclarar que el estudio electrofisiológico solo se haría si en el Holter o la prueba de esfuerzo se desencadena una taquicardia sostenida, tenemos una paciente que tiene quejas de palpitaciones y de algo llamado lipotimia que en forma inespecífica pueden ser muchas cosas, estamos todos de acuerdos en lo importante de la clínica, y todo lo que se ha dicho, sobre el tilt test, quiero aclarar que nosotros aún lo hacemos, sobre todo en pacientes con más de un episodio de síncope con ECG normal, examen físico normal, y en fin todo lo que Andrés comentó, no hacemos tilt con monitoreo hemodinámico de presión continua por lo que tú mismo explicas del costo, es muy costoso en mi país (Venezuela), pero esta es una paciente que tiene con que tener palpitaciones y debemos investigarla si queremos hacer el diagnóstico, en relación a lo del dolor durante el estudio transesofágico quiero aclarar que muchos centros realizan estudios electrofisiológicos

invasivos sin sedación con tres punciones femorales y avanzando 3 catéteres con el paciente totalmente conciente, creo Adrian con todo respeto que tampoco te aconsejaría soportar 3 punciones de la vena femoral solo con lidocaína y avanzar los catéteres hasta aurícula derecha, His y ventrículo derecho, para luego soportar todos los protocolos de rutina del laboratorio de electrofisiología, de cualquier forma estaba seguro que el CETE (CARDIOESTIMULACIÓN TRANSESOFÁGICA) iba a traer cola, además como tú bien dices lo bonito de esto es que cada quien tiene un abordaje diferente y principalmente en este tipo de casos donde no hay consensos, yo aquí también recuerdo a un maestro brasilero, guardo su nombre con mucho cariño, que nos decía "meninos" los pacientes de los estudios clínicos no son muchas veces los pacientes del MUNDO REAL, esta es una paciente del mundo real que aún debemos resolver.

Saludos y abrazos con todo respeto.

Carlos Rodríguez Artuza

Estimado Simón

Su mensaje es contradictorio. Ud dice: "me llama la atención la agresividad"...pero sin embargo, Ud. aceptaría hacerle todos los estudios NO invasivos que se quisieran (esto entiendo, quiere decir, invasivos NO porque es mucho riesgo (ver su última frase) pero NO invasivos sí (porque el riesgo es menor).

El problema con esta paciente, y con el estudio del síncope en general, no es de estudios riesgosos vs estudios no riesgosos, sino de beneficios clínicos. Ningún estudio debiera hacerse si no está clínicamente justificado (ni siquiera un eco o un Doppler), por favor, no piense en términos de esta sola paciente, sino de la estrategia para estudiar el síncope en general.

Por último, el Tilt Test simplificado (ECG y esfigomanómetro) dice UD que arroja datos muy interesantes cuando está BIEN indicado. Le recuerdo una vez más, que las últimas guías lo han QUITADO del algoritmo diagnóstico del síncope (muy discutible por cierto), con lo cual, no me queda claro en que situación, un Tilt Test le arrojará información útil (y si el que lo hace no esta feliz de hacerlo, bueh, alla él...).

Reciba un fuerte abrazo

Carlos Rodríguez Artuza

Gracias por tu email. Conuerdo plenamente contigo. Por favor dinos, en cuantos de los pacientes que describes para Tilt, el Tilt te sorprendió con sus resultados.

Por ejemplo, si tienes paciente sin cardiopatía, ECG normal (o alguna ESV), ex físico normal, se cae cuando cambia de posición, siente nauseas o visión borrosa, etc etc. Le pasó 3 veces en el último año. Tú le haces el Tilt; 2 posibilidades:

1. TT positivo: confirmas que es vasovagal.
2. TT negativo: dices, bueno la prueba tiene un 35-50% de sensibilidad, con una especificidad del 35%, esto debe tratarse de un falso negativo (bien descripto por Kapoor, Almquist, Morillo, Kenny y mucho otros), que generlamente se relaciona con el tiempo transcurrido desde el episodios espontáneo, hasta el estudio de Tilt (inversamente proporcional). Concluyes: debe se vasovagal, y lo tratas acorde.

En ambos casos la paciente mejora.

Pregunto yo: ¿Para qué le hicimos el Tilt Test?

Quisiera saber si esta historia les resulta conocida a los amigos del foro.

Te mando un abrazo Carlos, y espero poder seguir esta controversia en Maracaibo, arepas de por medio

Adrián Baranchuk

Quisiera saber si está embarazada, por que la gravidez es la gran simuladora de arritmias con un final feliz, y creo que estamos en presencia de un ritmo trigeminado auricular bajo

o del seno coronario, con aberrancia ocasional del "QRS", y/o ritmo nodal trigeminado con bloqueo av, disculpen pero para eso se evalúa íntegramente a una paciente para el descarte de patología, y se establece una secuencia elemental desde lo más simple hasta lo más invasivo.

Luis Montiel

Adrian, qué buena y experta respuesta, jejejej, realmente muchas veces el tilt es negativo y uno se queda con las dudas pero te voy a enfocar el tema de la siguiente manera, cada país tiene sus costumbres y muchas veces malas costumbres, nosotros por ejemplo publicamos creo que en el 2005, en el congreso venezolano de cardiología, que la gran mayoría de pacientes enviados a nuestro servicio para tilt test venían referidos de neurólogos y muchos de estos pacientes tomaban medicación para epilepsia (40%) ellos vienen ya con resonancia y electroencefalograma incluido, estos pacientes tenían hasta problemas emocionales por darse cuenta que sus medicamentos eran para epilepsia, al tener el tilt test positivo el neurólogo quedaba tranquilo en retirarle el anti convulsivante, si da negativo nuestro problema aquí en Maracaibo es que algunos neurólogos lo siguen tratando como epiléptico, le podemos decir a Andrés que les envíe una biblioteca de referencias científicas y nada, de manera que para nosotros es fundamental realizar el diagnóstico de allí que actualmente estamos planificando un pequeño trabajo para realizar implante de REVEAL en algunos casos seleccionados.

Abrazos y qué bueno descargar en este forum, ahhhhhhhhh, Edgardo no debe dormir porque también esta en el comité del simposium mundial de resincronización por INTERNET, Edgardo felicitaciones, ERES UN MONSTRUO.

Carlos Rodríguez Artuza

La paciente no se halla en embarazo.

Wilson José Bravo Monroy

Teniendo en cuenta que estamos hablando de temas invasivos y no invasivos, por qué no comenzamos con la realización de pruebas menos complejas como ecocardiografía (el hecho que la exploración física y la auscultación sean normales no quiere decir que no haya patología estructural), un Holter de 24 horas, pruebas que no representan gastos económicos importantes, aún cuando hablamos de restricción económica. Aún es precoz pensar en un EEF. Aún no sabemos el carácter de las palpitaciones: era irregular, se acompañó de alteración respiratoria, sudoración, hubo realmente una pérdida de conocimiento (aún no lo veo claro), bajo qué circunstancias se iniciaron las palpitaciones, efecto diurético. ¿Estamos hablando de una taquicardia auricular? ¿TPSV? Pienso que una estimulación transesofágica podría aportarnos una idea del mecanismo de la arritmia, si conseguimos provocarla a través de la estimulación, pero es, a veces, mal tolerada, aunque muy barata. La debe realizar un profesional con experiencia, sobre todo para la interpretación de los registros. Cuando me inicié en la cardiología, en Saint Petersburg, no contábamos con EEF i realizábamos estimulación esofágica. En Rusia ya no lo hacemos y en Suecia comenzaron a hacerlo en Upsala i en Linkoping para ahorrar en gasto sanitario y por la experiencia que teníamos para realizarla, durante mi doctorado. Lo comenté al Dr. Brugada cuando roté por el Clínico, pero allí se contaba con un buen laboratorio.

Esperando resultados.

Un saludo,

Oswald Londono

Hola doctora Bravo; le comento que solo hasta hoy nuevamente he visto la paciente por eso ahora le contesto.

Esta joven es estudiante de odontología cursa el tercer semestre, se halla en este momento es época de exámenes, hay historia previa de episodios anteriores con iguales síntomas desde hacen 5 años, ella no conoce de los resultados de estudios que le han realizado, describe que este último episodio ocurrió cuando se encontraba rumbo a su casa en un bus urbano, presentando inicialmente mareo y dolor de cabeza, con posterior desvanecimiento sin caer al piso, y sin perder el conocimiento, luego de esto refiere las palpitations.

Esta paciente es una mujer de 18 años de baja estatura de contextura media promedio. no sabe de antecedentes familiares que usted ha interrogado.

Espero que esta información ayude la opinión del caso.

Supe que se ha realizado una prueba de esfuerzo ordenada por el servicio de cardiología, le he pedido a la paciente me facilite una copia para mostrarla en el foro.

Gracias.

Wilson José Bravo Monroy

Me enriquece mucho leer los comentarios del foro. Agregó algunos comentarios que considero de interés con respecto a este caso:

1. La palabra lipotimia debería ser erradicada del léxico médico: la entiendo como un síncope fugaz. Por lo tanto es un síncope. Algunos le dan un significado de síncope de menor entidad e importancia, banal. Esto puede llevar a cometer errores importantes pudiéndose omitir en el planteo causas graves de síncope.
2. Es opinión unánime del foro y también la mía acerca de la importancia y el gran rédito de una correcta anamnesis y examen físico junto al ECG en un paciente con síncope. Muchas veces se logra el diagnóstico y otras hay hechos sugestivos que guían los estudios a realizar. En este caso nos faltan datos de la historia clínica, el examen y del ECG (está incompleto).
3. Lo que se dispone del ECG muestra ritmo sinusal con latidos prematuros auriculares de distintos focos y más importante QRS y repolarización ventricular de aspecto normal e intervalo QT normal.
4. Si el examen es normal y el resto del ECG (salvo las extrasístoles) no muestra alteraciones, entonces se aleja significativamente la posibilidad de un síncope de mecanismo cardíaco y arrítmico en esta paciente de 18 años. Por lo tanto dado que se trata de un único episodio, no realizaría ningún otro estudio para evaluar el mecanismo

del síncope. La realización de estudios en busca del mecanismo del síncope cuando el episodio es único tiene una relación costo beneficio muy baja y además quizás sea el único episodio en la vida del paciente! Por lo tanto si no hay hechos que sugieran mecanismo cardíaco (arrítmico u otro) no deben realizarse estudios y si seguimiento evolutivo.

5. La hipoglicemia no es causa frecuente de síncope y no debe considerarse un mecanismo probable antes de evaluar mecanismos mucho más frecuentes.

6. En esta paciente evaluaría la arritmia auricular con un estudio Holter para conocer si hay episodios de taquicardias sostenidas e indicaría tratamiento de la misma (ya sea sostenida o no) en principio con beta bloqueadores solo si le produce síntomas que afecten la calidad de vida.

Cordiales saludos

Dr. Diego Freire

Estimado Colega,

Agradezco su respuesta, es un caso muy interesante y evidente que esto viene de tiempo atrás. Esperemos la prueba de esfuerzo a ver si aclara algo.

Yo no soy cardióloga, me dedico a epidemiología genética, pero trabajo con una electrofisióloga la Dra. Sanziani, y estamos obsesionadas por Sudden Death con corazón estructuralmente sano, entidad que sale a relucir con los casos mediáticos, pero que puede estar presentándose solapadamente en cualquier individuo especialmente joven.

La historia familiar positiva, que hoy se considera un factor de riesgo en la patología CV, debe inducirnos a investigar en familiares de primer grado (padres y hermanos) y luego extenderlo un poco más, en cuanto a la ocurrencia de muerte a temprana edad sin ninguna antecedente de patología, presencia de "lipotimias" que como dijo uno de los colegas es un diagnóstico no muy correcto, investigar presencia de "seudo epilepsia " en su forma de petit mal. Tenemos un caso de un jovencito que fue tratado por epilepsia, desgraciadamente falleció a la edad de 12 años,y a partir de este caso índice descubrimos familiares (2 hermanos del joven) uno de los cuales se le implantó un defibrilador. Observándose un alto polimorfismo en la presentación de las alteraciones electrofisiológicas en la familia.

Silvia Priori la da muchísima importancia a los estudios electrofisiológicos, sobre todo en jóvenes, y por supuesto a la HC familiar.

Saludo muy atte.

Marta Bravo Luna

Estimada Marta

Concuerdo en criticar el término Lipotimia.

El termino "pseudo epilepsia" tampoco me parece muy feliz.

Dignosticar erróneamente epilepsia (como el caso trágico que cuenta) es un error lamentablemente muy frecuente. Lo más frecuente es tratar a pacientes como epilépticos, cuando en realidad presentan sincope vasovagal o POTS, o algún grado de disfunción autonómica.

La sensibilidad de las alteraciones del lóbulo temporal (por EEG) es muy baja e indujo (durante muchos años) a los neurólogos a medicar esta entidad como si fuera verdadera epilepsia.

En la actualidad o se tiene epilepsia o no se la tiene. El caso que Ud refiere, no me queda claro si hubo diagnóstico de una canalopatía (Long QT, Brugada, CPVT), o si se trato de SUDEP (Sudden Death in Epilepsy), que es la muerte súbita asociada a epilepsia. Si el tema le interesa, en el número de Marzo de Cardiology Journal (sale en unos días y se baja gratuitamente) sale una revisión que escribimos con el profesor Morillo sobre Sistema Nervioso Central y Muerte Súbita, tal vez le guste.

Dos últimos comentarios: siendo Rosario tan lindo, ¿porqué obsesionarse con la Muerte Súbita, y no con, por ejemplo, el Dorado al Limón?

Final: por favor, envíele mis saludos a la Dra Sanziani por quién guardo el mejor de los recuerdos y un gran respeto profesional.

La saludo desde el frio Canadiense

Adrian Baranchuk

Estimado Adrian,

Encantada con su e-mail pleno de cosas interesantes.

Comienzo por el final, le daré los saludos a la Dra. Sanziani, que seguro va a apreciarlos muchísimo. En este momento está de merecidas vacaciones en Brasil.

Lo de 'seudo epilepsia', lo encomillé, y lo llamé en esa forma desacertada, pero eufemística, para no ofender a quien nos lo envió con ese diagnóstico. El jovencito comenzaba su estudio con la Dra. Sanziani, cuando se produjo el desenlace fatal, así que no se pudo confirmar que tipo específico de canalopatía sufría. A través de este caso índice hicimos un pedigree que fue muy interesante, y por medio del cual pudimos ser positivas en la conducta a adoptar con otros miembros de la familia. Cuando vuelva Laurita, si usted tiene interés, le diré que le escribe y le amplíe esta familia problema, y por cierto que será interesantísimo continuar con el intercambio de opiniones.

¿Sería mucha molestia que cuando tenga el PDF de su Review me lo envíe, o que me de la referencia completa? aunque como estoy inscrita en un update de PubMed, es de esperar que me lo envíen, pero quiero asegurarme de no perderlo.

En cuanto a la palabra Lipotimia, que debe tener ya bastantes años, deberíamos hacer una "movida" al respecto, pues creo que se ha escapado del redil médico, para ser usada con bastante ligereza por personas que no son profesionales. Ver si merece que aun exista o que sea reemplazada por otra más exacta. Esto en español, en otros idiomas creo que debe suscitarse un problema parecido. Pienso que ayudaría a los nuevos profesionales que salen de las universidades con poca práctica clínica y sinonimia adecuada.

Ha sido un gusto este e-mail, en verdad que el Foro enriquece con conceptos, opiniones, etc., e incluso genera nuevas ideas o problemas a estudiar.

Un amigable saludo

Marta Bravo Luna

Este término não é fácil de encontrar nos dicionários

Lipothymy: words in the definition lipothymia, lipothymy fainting or a feeling of faintness; swooning; syncope. — lipothymic, lipothymous, adj.

(n.) A fainting; a swoon. intr.v. swooned, swoon•ing, swoons

1. To faint.
2. To be overwhelmed by ecstatic joy.

n.

1. A fainting spell; syncope. See Synonyms at blackout.
2. A state of ecstasy or rapture.

swoon

Verb

1. Literary to faint because of shock or strong emotion
2. to be deeply affected by passion for (someone): you've swooned over a string of rotten men

Noun

Literary a faint [Old English *geswōgen* insensible]

ThesaurusLegend: Related Words Antonyms

Noun 1.

swoon - a spontaneous loss of consciousness caused by insufficient blood to the brain

Synonyms deliquium, faint, syncope loss of consciousness - the occurrence of a loss of the ability to perceive and respond.

swoon

v swoon [swu:n]

(an old word for) to faint.

n

a fainting fit.

- lipothymy - definition of lipothymy by the Free Online Dictionary ...

Lì`poth`y`my (lî`pŏth`ĩ`mÿ) n. 1. A fainting; a swoon. lipothymia, lipothymy. fainting or a feeling of faintness; swooning; syncope. — lipothymic, lipothymous, adj.

Andrés R. Pérez Riera.

Hola, ¿cuántas buenas opiniones?, recién me engancho al foro tras larga ausencia.....no coincido con el marcapasos migratorio, desplazado o errante (le faltan elementos), si veo extrasístoles auriculares y extrasístoles del nodo AV. En la difusión retrograda hacia las aurículas, el impulso nodal AV ectópico crea una onda P prematura e invertida (negativa en DII) que en este caso precede al QRS lo que supone que el foco marcapaso es alto en el nodo AV. Por lo general tienden a presentar intervalo de acoplamiento constante o fijo y pausa pos extrasistólica no compensadora. Además ¿no les parece que hay trastorno de conducción intraventricular (QRS ancho)?, no logro medirlo con exactitud porque no se aprecia el cuadrículado pequeño del papel..

Y en referencia a los síntomas, amerita una anamnesis exquisita y ver si realmente existió pérdida de la conciencia transitoria, autolimitada y en relación a una hipoperfusión cerebral global. Y si fue un verdadero síncope buscar la causa (Cardiogénico vs no cardiogénico).

Si nos manejamos con los pocos elementos que nos dió el Dr. Bravo Monrroy debemos suponer que en el contexto de esa arritmia puede haber existido episodios de TPSV y ser estos la causa de la hipoperfusión cerebral, entonces hacer Holter convencional de 24 – 48 hs y si amerita, por qué no un Holter de eventos implantable (Reveal) y Ecocardiograma para buscar alteración estructural y luego ver que información nos da esto. Espero mas información del autor del caso por que si no daremos rienda suelta a la imaginación y no terminamos mas.

Saludos.

Tomás Campillo.

Estimado Dr Campillo

Muy buena contribución.

¿Podría Ud aclarar, acorde con su criterio, qué pacientes debieran recibir un loop recorder (Reveal) debido a síncope?

Nosotros lo usamos muy poco, en casos seleccionados donde todas las medidas para dar con la causa del síncope fueron normales, en síncope muy recurrentes o con serios traumatismos como consecuencia de la caída.

Ni se me ocurriría pensar en Reveal en este caso.

Su opinión me interesa mucho y si puede ilustrarla con literatura, aun mucho mejor.

Lo saludo desde el frío,

Adrian Baranchuk

Estimados amigos

Nunca escribo al foro por temor a no ser del todo claro.

En general son siempre más dudas que certezas lo que tengo para aportar, así que me mantengo como espectador silencioso y aprendo mucho de todos ustedes.

Esta vez me animé, luego de leer el mail de Adrian con el que estoy casi totalmente de acuerdo.

No hay duda que el TT convencional no da respuestas categóricas y que su utilidad es limitada. (tenemos una base de datos de casi 1000 TT en el Hospital Italiano de Rosario y no hay una variable que prediga nada).

Creo que lo que más pesa en la evaluación del síncope es la clínica y la experiencia del médico (Un presidente de HRS, al comentar las unidades de síncope, dijo que lo mejor que le podía pasar a una persona que se desmaya es encontrarse con un buen médico).

Lo que quiero agregar es que aún los sofisticados TT del Dr Morillo con todas sus pruebas del SNA, tampoco arrojan respuestas estadísticamente categóricas como para tomar de guía (dicho por el mismo).

Y con respecto al state of the art que excluye al TT de los algoritmos, es muy gracioso leer el paper en el que el profesor Benditt lo destruye, considerándolo casi ilegítimo y confuso, entre otras palabras parece decir que no *legustó la palabra Statement (extracto) y tampoco las "definiciones inadecuadas"*,

ni "la ausencia de citas de algunas importantes publicaciones",

ni "la valoración del síncope solo como un factor de riesgo de muerte",

"ni la perspectiva errónea con la que se consideró a la clínica ligada con éste síntoma (probablemente priorizando la necesidad o no de implantar Cardiodesfibriladores (CDI) o Marcapasos".

The ACCF/AHA Scientific Statement on Syncope "A document in need of thoughtful revision"

Clin Auton Res (2006) 16:363–368 The Ad Hoc Syncope Consortium Dr. D.G. Benditt

Saludos

Dr Guillermo Mariani

Hola Guillermo

Excelente apreciación, y gracias por citar el paper de Benditt.

Esa editorial le fue ofrecida a Carlos que la tuvo que declinar dado que el era co-autor del Statement.

Estos Statements se hacen en forma fraccionada (por ejemplo a vos te invitan a escribir sobre síncope en la embarazada) pero vos no tenes acceso al paper final y completo antes de la publicación.

Luego te encontrás como co-autor de algo con lo que NO estás de acuerdo...¿qué podés hacer?

Último dato: hice cientos de tilts en Argentina (esfing + ECG). Luego fui a trabajar con Carlos por 2 años y medio. Cuando hice Tilts con el Task Force (TA y FClat a lat) es como si prendieran la luz, y ves lo que realmente le pasa al paciente durante la prueba, y confirmas las limitaciones del estudio simplificado.

Te mando un abrazo

Adrian Baranchuk

Adrian

Vivo en San Lorenzo (Santa Fe) a 20 kms de Rosario.

Realmente debe ser mucho más interesante el TT con todas esas pruebas, por ejemplo con un Finapres.

Una vez le pregunté a Morillo si le hacía TT sensibilizado solo a las indicaciones clase 1A (ya que yo pienso que parte de la falta de especificidad del método pasa por estar mal indicado) y me dijo que el le hacía de todo a todos porque le gustaba ver el comportamiento del SNA en distintas instancias. El tipo es un investigador de verdad. Por eso creo que debés haber aprendido mucho con el.

Gracias por tu respetuosa respuesta.

Guillermo Mariani

Concuerdo plenamente contigo. Además, gran tipo. Y si tenés alguna duda sobre un paciente, escribible que te responderá con gusto. Hace poco estuvo en Rosario, ¿lo pudiste ir a escuchar?

En el 2000 estuve unos meses en Bucaramanga, Colombia en su laboratorio de Fisiología Autónoma y hacíamos Finapres. Luego se paso a Colin. Y por último al Task Force que es algo totalmente superior. La toma latido a latido se sigue haciendo con un sistema Colin, lo que es diferente es la interfase que digitaliza las diferentes señales.

Con el Task Force medís al mismo tiempo: FC y TA latido a latido, volumen minuto, resistencia periférica total, curva de Forrester on-line (¿te acordas del Swan-Ganz? pero sin cable invasivo...), sensibilidad barorefleja y HRV, y un par de cosas más que me olvidé. Por poco no te dice la temperatura y el Nasdaq.

Las indicaciones de sensibilización (como figura en el paper 2004) son según edad:

< 65: Isoproterenol

>65: NTG SL

Esto tiene que ver con la prevalencia de la fisiopatología del síncope neurocardiogénico según edad. Con el tilt simplificado vos podrías informar: positivo, negativo. Y si sos muy cuidadoso, POTS o comportamiento disautonómico. Punto.

Con el estudio con T Force, vos indicas el mecanismo fisiopatológico involucrado: depleción volumétrica, hiperadrenergia beta, vasodepresión periférica.

La importancia radica en el tratamiento a seguir basado en la respuesta fisiopatológica: Ingesta hídrica + Fludrocortisona (para el primer caso), BB para el segundo y Midodrine o Fludrocortisona para el tercero.

Si concordás con lo dicho podrás inferir porque los estudios de drogas (principalmente BB) en síncope neurocardiogénico dan negativos: porque se tratan todos los pacientes

como en una bolsa de gatos (TODOS con BB o Midodrine, etc). Si al caso 1 o 3 les das BB, los pacientes generalmente empeoran. Los otros motivos son la disparidad en la indicacion (como vos mencionas) y la baja reproducibilidad (lindo estudio de Zuelgaray, creo que en Rev Esp Cardiol, no estoy seguro).

Que le hace de todo a todos es verdad. El primer día en su laboratorio de Colombia, el tipo me dice: -Bajate los pantalones...

-No Carlos, mira, yo con esa no la voy..., respondí sintiéndome intimidado...

- No estúpido, bajate los pantalones que te voy a hacer un estudio de tránsito simpático, y ahí no mas me clavo una aguja en el nervio peroneo, y meta descarga eléctrica.

A Carlos le debo, no solo lo que me enseñó en esta profesión, sino la oportunidad de trabajar en un país como este. Maestro con todas las letras.

Adrián Baranchuk

Hola Adrián, contesto un poco tarde por que tengo mucho trabajo por estos días y no me puedo sentar (como quisiera) frente al ordenador a leer este apasionante foro.

Con los pocos elementos que nos dio el Dr. Bravo Monroy ha logrado que volemos con nuestra imaginación, en ese sentido mencioné el Reveal, por que mi imaginación me dice que no vamos a encontrar nada con el algoritmo diagnóstico convencional.

En uno de los correos el autor mencionó que había sufrido varios eventos similares, tú sabes que hay trabajos que muestran que el Reveal es útil en determinados grupos de pacientes y entre ellos los pacientes sin cardiopatía que han presentado 3 episodios sincopales en los 2 últimos años y pacientes con síncope inexplicado y trastorno de conducción intraventricular (¿no te parece un QRS ancho?). En estos casos el rendimiento diagnóstico de este estudio es muy superior al Holter convencional y al Holter de eventos externos. Personalmente no tengo experiencia con este método, pero en 2005 el grupo de trabajo sobre el síncope de Cardiología publicó unas guías de práctica clínica sobre el manejo (diagnóstico y tratamiento) del síncope Allí mencionan un estudio que aleatorizó a 60 enfermos con síncope de etiología desconocida a una prueba convencional con Holter de eventos externos, mesa basculante y PEF, o a una monitorización prolongada con Holter de eventos implantable. Los resultados mostraron

que la estrategia de implantar la grabadora de asa continua en una fase inicial del procedimiento puede conducir a un diagnóstico más fácilmente que las pruebas convencionales (el 52 frente al 20%).

En fin, en este aspecto hay camino por recorrer, pero si creemos que es un síncope arrítmico y no la encontramos, ¿por qué no?.

Saludos.

Dr. Tomás Campillo

Prezados colegas:

Saúdo a todos com extremo respeito científico e ético e a declaração que sou aqu, mesmo aos 58 anos, um modesto aprendiz desta nobre arte do exercício da medicina. Gostaria de abordar um aspecto ético e inicialmente recordo dos nossos antigos livros que traziam uma tarja preta sobre os olhos dos pacientes preservando sua completa imunidade à exposição pública. Embora me ache acompanhado neste site de colegas estamos até mundialmente por suas excelências humana e científica, infelizmente já tivemos entre nós alguém que foi classificado como maníaco. Bom, estimados colegas a interrogação é este nome: CINDY APIRCHAULT no ECG é da paciente, jovem e futura odontóloga como já foi informado? Se isto é verdade e se não houver dela o consentimento informado da Convenção de Genebra, embora a respeitemos, temos o direito de submeter seu nome a esta exposição mundial? Também aproveito para pedir desculpas principalmente ao nosso coordenador o Dr. Edgardo Schapachnik, pois posso estar intempestivamente e sem razão ocupando este espaço de alto apreço e preço para mim.

Saudações a todos.

Adail Paixão Almeida

