

# Hombre de 28 años con síncope recurrente – 2000

Dr. Attila Frigy

Estimados colegas:

En estos días tengo un caso interesante: un hombre de 28 años, con dos episodios de síncope.

El primer episodio sucedió hace 1 año, cuando se cayó y sufrió una contusión cerebral, sin tener ningún síntoma pre-síncope.

Su examen neurológico luego de recuperarse fue negativo.

El segundo episodio, reciente, ocurrió luego de una mañana con náuseas y vómitos (gastritis post-AINEs). De pronto sintió palpitaciones y disnea, mientras estaba en la cama. Cuando se levantó, experimentó el síncope.

En la sala de emergencia, el ECG mostró fibrilación auricular (frecuencia promedio 120 lpm), que revirtió espontáneamente luego de un par de horas.

Durante la internación en el hospital:

- ECG de reposo sin anomalías
- ECO - negativa
- Ergometría (submáxima) completamente negativa.
- Tilt test a 70 grados sensibilizado con nitroglicerina sublingual, negativo.
- Estudio electrofisiológico a 70grados tilt: mientras se probaba eficiencia de estímulo, se produjeron algunas contracciones diafragmáticas dolorosas, provocando síndrome vasodepresor puro (hipotensión sin bradicardia o cualquier arritmia).

Mis preguntas son:

- ¿La fibrilación auricular: tiene alguna conexión con el síncope?
- ¿Uds. iniciarían alguna terapia farmacológica (antiarrítmica u otra)?

Gracias,

Les deseo lo mejor,

Attila Frigy, MD. 3rd Medical Clinic

Targu-Mures

Rumania

## OPINIONES DE COLEGAS

Estimado colega:

Por lo que dice no puedo sacar una conclusión en detalle, pero si es un paciente joven y está con síncope y lo único detectado es la FAu., realizaría estudios más a fondo para determinar una vía oculta u otro problema. Los estudios que se le relizaron dan un corazón con anatomía normal, pero ¿cómo se comporta en otro momento?.

Saludos y espero saber mas del caso.

Dr. Ignacio Pérez Gálvez

---

Estimados colegas:

Luego de leer el interesante caso presentado por el Dr. Attila Frigy considero:

1).- Que el paciente presenta síncope neurocardiogénico con respuesta vasodepresora. Los resultados del primer Head-up Tilt Test y el sensibilizado con nitroglicerina deben ser considerados como falsos negativos.

2).- La fibrilacion auricular corresponde a una fibrilación auricular vagal en el contexto de la descarga vagal que tiene lugar durante el episodio de síncope. Un dato muy interesante es que el síncope ocurrió durante la estimulación auricular seguramente por la estimulación del vago.

Sería interesante descartar la ocurrencia de episodios no sostenidos y asintomáticos en un Holter de 24 Hs. Además se podría constatar si el episodio de FA ocurre luego de un descenso progresivo de la frecuencia cardíaca, lo cual es típico de la FA vagal.

3).- El único tratamiento que iniciaría es el del síncope neurocardiogénico.

Este es un punto muy interesante a tener en cuenta dado que el tratamiento farmacológico en este grupo de pacientes está discutido en el sentido que hay reportes que demuestran la misma evolución con o sin tratamiento farmacológico.

En nuestra experiencia el tratamiento higiénico dietético (ingesta de líquidos, sal, cabecera elevada de la cama a 30 grados y vendas elásticas, siempre que sea posible) brinda buenos resultados. La segunda modalidad de tratamiento es el entrenamiento.

En los pacientes con taquicardia refleja presincope demostró buenos resultados la utilización de betabloqueantes, pero este no parece ser el caso.

Atentamente.

Dr. Fernando Scazzuso

---

Estimado colega:

Creo que este es un caso típico de síncope vasovagal, junto con FA también inducida vagalmente. Es muy probable que la FA no sea la causa del síncope, dado que el paciente se recuperó completamente durante el segundo episodio, incluso con persistencia de FA en la sala de emergencia con una frecuencia ventricular de 120 lpm, y durante el EEF, el síncope se reprodujo sin inducción de FA.

Debería tratarse al paciente, dado que el ya tuvo una herida en la cabeza y repetición de síntomas. No se conoce droga de elección, esta depende de las preferencias y experiencia personales. Puede probar con una dosis inicial de 50mg/día de Metoprolol y repetir EEF y Tilt en un mes.

Muchas gracias por permitirme darle mi opinión sobre un paciente tan interesante.

Daniel Boccardo, MD,FACC

---

Estimado profesor:

Ciertamente tenemos conocimiento de que el Syncope puede ser complicación de las arritmias de respuesta rápida y lenta, en caso de disminuir la frecuencia cardíaca por compromiso directo sobre el gasto cardíaco, disminuyendo la cantidad de sangre que le llegara al Cerebro durante este período, así como la oxigenación del mismo.

En cuanto a la terapéutica en estos casos se trata de determinar mediante estudios electrofisiológicos el origen de la vía anómala y ablación de la misma, aunque muchos casos responden de forma positiva a los antiarrítmicos como: Adenosina, Diltiazem, Verapamilo, Amiodarona y se utiliza también la Cardioversión Sincrónica.

Estimados colegas de tener alguna otra sugerencia sobre lo antes señalado nos los comunique para mayor conocimiento nuestro, si tiene actualización sobre los fenómenos arrítmicos en los casos de los Tumores Cardíacos durante el postoperatorio de estos casos.

Nos interesaría también conocer sobre los fenómenos arrítmicos durante la utilización del Balón de Contrapulso Cardíaco en los pacientes con Bajo Gasto Cardíaco y luego de salir el paciente de la Circulación Extracorpórea.

Saludos,

Les deseo suerte.

Raul Duenas Fernandez

---

Estimado Edgardo:

Te envío algunas reflexiones en referencia al caso presentado de paciente joven, sin cardiopatía, que presentó 2 episodios sincopales, el segundo con FA.

Es un caso muy interesante y complejo de resolver, sobre el cual faltarían algunos detalles que podrían ser importantes, por ejemplo: no se presentan datos de las circunstancias del primer episodio que parece haber sido grave (contusión cerebral); no

existe referencia a la profesión o actividad del paciente y si es un deportista entrenado; tampoco existen datos completos del EEF aunque presumo que lo no mencionado debe ser negativo.

Con estas salvedades, personalmente pienso, sobretodo basándome en los datos del segundo episodio, que el paciente tiene un síncope neurocardiogénico y que la FA documentada podría ser un epifenómeno por hipertonía vagal. No podemos descartar totalmente la opción inversa, el paciente tiene FA solitaria y disautonomía con retardo en los mecanismos de adaptación periférica a la taquiarritmia (pero es raro a esa edad). En principio no haría mas estudios, explicaría detalladamente al paciente el mecanismo de su problema y las medidas profilácticas a emplear en su prevención.

De usar una medicación me inclinaría por la disopyramida por su acción cardiodepresora y vagolítica. De reiterar los episodios, sobretodo si son importantes, un registrador de eventos puede aportar datos trascendentes en cuanto al mecanismo: podría usarse un loop recorder externo o el dispositivo implantable Reveal de Medtronic.

Saludos,

Dr. Walter J. Reyes F.A.C.C.

---

En respuesta al caso presentado por el Dr. Attila FRIGY, coincido con lo expuesto por los colegas. Creo estamos frente a un síncope vasovagal y si bien es muy probable que la FA también tiene el mismo origen, bien podría esta arritmia "gatillar" el síncope vasovagal ya que las taquiarritmias pueden desencadenar o actuar como gatillo del desbalance autonómico. No jerarquizo el Tilt Test ya que la sensibilidad de la prueba es baja en estos casos. Si entendí bien el EEF provoco dolor y reproducción sintomática (no me quedo claro que provoque FA). Creo que el Tratamiento deben ser Beta Bloqueantes. y coincido con el Dr. Pozzer con la Propafenona, que además de su efecto antiarrítmico por su efecto inotrópico negativo podría ser de especial interés. Muchas gracias por la paciencia.

Dr. Ignacio Reyes. Corrientes. Argentina.

Respecto al Caso presentado, sobre un paciente joven con síncope recurrente, Tilt positivo y Corazón normal por eco, Ergo y ECG.

Se trata sin lugar a dudas de un típico síncope vasovagal y debe ser tratado preferentemente con beta bloqueantes.

No jerarquizo la fibrilación auricular en este contexto clínico y perfectamente podría ser de origen vagal. La reproducción de la misma en el test electrofisiológico no tiene valor clínico, excepto que fuera de muy fácil inducción. En nuestra práctica, no hubiéramos hecho el test Electrofisiológico, por el bajo rendimiento diagnóstico del test en pacientes sin cardiopatía demostrable.

Sugiero: seguimiento clínico con Beta Bloqueantes (Ej. Atenolol) y actividad física regular. Consideraría la inclusión de un antiarrítmico tipo propafenona, solamente en caso de constatarse varias recurrencias espontáneas de fibrilación auricular.

Dr. Domingo Luis Pozzer. Corrientes. Argentina