

Geronte de 81 años portador de LES que presenta episodios sincopales – 2011

Dr. Constante Bilotta

Estimado Edgardo, te envío este caso desde General Villegas, recibe mi cordial saludo.

Se trata de un paciente de 81 años con antecedentes de HTA moderada medicada con 20 mg de enalapril, es portador de un LES que se auto controla con dosis bajas de metilprednisona.

Consultó en dos oportunidades por episodios sincopales, terminó de urgencia las dos veces en el hospital, con ECG con ritmo sinusal con una FC de 60 xM. Le coloco un Holter y tiene ritmo sinusal con FC de no más de 65 lxm, limpio ... repite el episodio sincopal y le coloco otro Holter... "Ojalá se descomponga don Rafael !" buscando alguna pausa para pedir un MCD....al día siguiente cuando llega le pregunto y ?.. me duele un poco el pecho... estaba con una FA de 190 por minuto le indico internación en UTI , indicando digital EV.

Responde rápidamente a ritmo sinusal y cuando lo voy a ver a la noche suspendí carga de amiodarona que se estaba haciendo.

Cuando miro su nuevo Holter veo que estuvo sinusal siendo 42 lxm el valor más bajo una hora antes de venir se dispara una FA de rápido pasaje, que a medida que transcurrían los minutos presento EV, luego duplas, tripletas, TV autolimitada de 14 latidos e infradesnmiel del ST. Inoformé el estudio como síndrome taqui=bradi y solicite MCD. con la idea de darle después amiodarona. Tuve otras opiniones de colegas que sugieren tratar solo la FA....Hoy Rafael L está con ritmo sinusal en piso.

Te pido tu opinión de este caso.

Desde ya agradecido por la confianza que me dispensaras.

Cordialmente.

Dr. Constante Bilotta.

General Villegas

OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr Bilotta

Gracias por su caso.

Es muy difícil de proveer una opinión sin ver los electros, pero por lo que cuenta no veo claramente que esto se trate de un taqui-bradi; ya que la alteración predominante es la FA.

Si la FC cardíaca mínima es de 40 y pico por minuto, es poco probable que los síncope estén asociados con bradicardia.

Sin embargo, cuando una FA rápida termina, puede producirse una pausa lo suficientemente larga para justificar bajo flujo y síncope.

Si este fuera el caso, el tratamiento de la FA per se sería suficiente.

Llama la atención (a su favor) que el Holter mostró una FC no mayor de 65, pero sería necesario verlo. ¿Cuántas horas? ¿Qué pasó a la noche y que pasó en el día?

Para evaluar la reserva cronotrópica, una simple prueba de esfuerzo es suficiente. Ud esperaría que la FC suba mas del 20% del basal. Si no lo hace hay disfunción sinusal sintomática y el MP está bien indicado.

Por supuesto, el MP debe ser DOBLE cámara, para asegurar el marcapaseo de la aurícula.

Respecto a la TV autolimitada, quisiera, si es posible, ver el trazado (no es raro ver corridas de FA con aberrancia-ver segundo fenómeno de Ashman).

El último punto a discutir es la anticoagulación.

Su paciente, así contado, tiene por lo menos un CHADS2 score de 2 puntos y debiera estar antocoagulado a full para prevención de ACV.

Claro, si se sigue cayendo sin diagnóstico, eso es una contraindicación relativa para anticoagular. Una vez resuelto este punto, dele la mejor anticoagulación posible a Don Rafael de Villegas, así no hace su ACV.

Seguro debe ser un placer escuchar las historias de Don Rafael.

¿No fue en Villegas donde se ubico la hermosa historia de Soriano, *NO habrá mas penas ni olvidos?*

Salud

Adrián Baranchuk

Muchas gracias Edgardo y Adrián por la pronta respuesta, uno se siente acompañado en estos "rincones"

En relación al caso te quería comentar dos cosas que tal vez ayuden... cuando sale de la FA en UTI lo hace sin síntomas y la FC de 42 lxm lo tuvo a las 10 de la mañana.. asintomático / no me parece común para un geronte/ estas dos cosas me llamaron mucho la atención... las veces que llego al Htal los ECG mostraron FC relativamente bajas... 55 y 65 lpm.

Hoy le di el alta y lo cité para una PEG.

Recibe mi saludo cordial y gracias otra vez.

Dr. Bilotta