

Paciente masculino de 62 años que presenta episodios sincopales desencadenados por la tos – 2000

Dr. Alejandro Cuesta

He visto hoy por primera vez a un paciente de 62 años, masculino, de buen medio y con antecedentes de fumador leve hasta hace 3 años.

Hace aproximadamente 6 meses comenzó con episodios de síncope precedidos siempre por tos. Llegaba a sincopar varias veces al día y siempre con el mismo desencadenante. Fue inicialmente derivado a neumonólogo que lo estudió con;

Espirometría: Normal sin respuesta a broncodilatadores.

FBC: Normal

FGC: Hernia hiatal y evidencias de reflujo GE

Lo medicó con ranitidina, domperidona, antitusígeno con codeína y corticoides inhalados. Con ello el paciente mejoró mucho pero sigue presentando episodios de síncope, hasta 2 por semana.

Fue derivado a un cardiólogo que solicitó;

Ecocardio: Normal

Holter: Ritmo sinusal en rango de frecuencia normal con extrasistolia supraventricular poco frecuente.

Durante el Holter sufrió un episodio de síncope, si bien la hora exacta no se pudo determinar, no hay registro de una bradicardia significativa.

En alguna rara oportunidad también ha presentado síncope desencadenado por la risa. Ha sufrido lesiones en sus caídas si bien todavía ninguna de entidad.

El mecanismo reflejo parece claro solo con la historia. De todas maneras nos llama mucho la atención la respuesta vasomotora pura, quizás por ignorancia.

Queríamos presentarles el paciente más como problema terapéutico.

¿Qué tratamiento le podemos ofrecer que pueda ser eficaz? Las medidas higiénicas, recomendadas por el cardiólogo anterior, no han dado buenos resultados.

Hemos enviado nota al neumonólogo con la idea de administrarle beta bloqueantes. ¿Piensan que puede ser mejor el Prozac?

Muchos saludos

Alejandro Cuesta

OPINIONES DE COLEGAS

Estimados colegas:

De acuerdo a la historia del paciente parece un cuadro sincopal de origen neurocardiogénico, aparentemente con respuesta vasodepresora pura, estimulado por la tos.

Personalmente realizaría un Tilt-test para intentar reproducir el fenómeno, e iniciaría el tratamiento con bajas dosis de atenolol aumentando de acuerdo a la respuesta, asociado a medidas que intenten disminuir o atenuar el estímulo desencadenante del síncope.

Saludos atentamente

Dr. Francisco Femenia

Querido Alejandro Cuesta: Lhe responde Andrés Perez Riera de SP Brasil. Es evidente que el factor decisivo para a boa resposta terapeutica neste caso esta na dependencia da eliminacao do fator hernia de hiatus. Usted comenta que los eventos siempre estan precedidos por tosse. Este sintoma es caracteristico da hernia de hiatus. O refluxo gástro-esofágico consiste na regurgitação frequente de parte do suco gástrico em direção a garganta com sensação de ter algo parado no peito “sinto um fogo que sobe do estômago até a garganta”. Este refluxo acaba ocasionando erosões na mucosa esofágica que em forma crônica levam a úlceras que ocasionam sangramento, desencadeam reflexo tussígeno e r vasovagais que podem conduzir a sincope.

Para resolver e o caso tenemos dos vertientes sucessivas:

1) primero tentar medidas higienico-dietéticas e medicacion adecuada.

2) perante o fracaso destas medidas anteriores: correção cirúrgica-laparoscópica da hernia de hiatus.

Quanto ao primer proceder me parece que ranitidina no foi uma escolha feliz.

Os gastroenterólogos referem melhor resposta para estes casos com os inibidores da bomba de prótons: omeprazol, pantoprazol, lanzoprazol ou rabeprazol. Estas drogas devem ser administradas em yeyum, 30 minutos antes do desyeyum, com estomago vazio e durante um tempo prolongado: 90 dias. A dose será plena: 40mg/dia para omeprazol e pantoprazol, 30mg dia para lanzoprazol e 20mg/dia para rabeprazol. Mecanismo de ação: Inibidores da bomba de prótons da célula parietal: a enzima ATPase K^+/H^+ dose dependente.

Esta bomba normalmente troca H^+ intracelular por K^+ extracelular. O H^+ une-se ao Cl^- para formar o ácido clorídrico (ClH).

Inibem a secreção ácida independente do tipo de estímulo: nervoso vagal, histaminérgico, por gastrina ou muscarínico (acetilcolina).

São os anti-secretores mais potentes da atualidade.

Superiores aos H_2 proporcionando índice de 85% de cicatrização em 2 semanas para a úlcera duodenal e em 4 para a gástrica.

Indicações: De escolha em: 1) Síndrome de Zollinger Ellison; 2) refluxo gastroesofágico; 3) falta de resposta aos inibidores H_2 .

Quais as diferenças entre os inibidores H_2 e inibidores da bomba de prótons?

R: Custo: maior para os inibidores da bomba de prótons. Posologia: melhor para os inibidores da bomba de prótons: 1 por dia de preferencia matinal e em jejum. Volume do suco gástrico: é diminuído com os inibidores H_2 e inalterado com os inibidores da bomba de prótons. Quantidade de pepsina no suco gástrico: não afetada pelos inibidores da bomba de prótons e diminuída pelos bloqueantes H_2 .

Quantidade de fator intrínseco: Não afetada pelos inibidores da bomba de prótons e diminuída pelos H_2 inibidores. Refluxo gastro-esofágico: superiores os inibidores da bomba de prótons.

Síndrome de Zollinger Ellison: De escolha os inibidores da bomba de prótons por obedecer a hipergastrinemia ocasionada pelo tumor.

Outra conduta medicamentosa seria o uso dos gastrocinéticos o procinéticos como a cisaprida: impede o refluxo e aumenta e coordena a motilidade gastro-intestinal. Estudos recentes sugerem que a droga diminui a exposição esofágica ao ácido clorídrico melhorando o clearance do órgão por um aumento no número de contrações mais do que por um aumento na amplitude da contração. Com esta droga deve se ter o cuidado de acompanhar o QTc: Não deve usar-se nos casos com QTc longo prévio ou associada a drogas que inibem a ação da enzima hepática citocromo P450 3A4 porque elevam o nível sérico podendo ocasionar toxicidade: cetoconazol, fluconazol, itraconazol, miconazol, eritromicina, claritromicina, troleandromicina ou drogas que aumenta o QTc como os antidepressivos tricíclicos e alguns anti-histamínicos, portadores de QT longo congênito, insuficientes renais crônicos e lactantes com refluxo (Br. Med. J. 748-9, 1992). Por bloquear os

canais de K⁺ como os antiarrítmicos do grupo III, e bloqueio dos receptores serotoninérgicos. Prolongando assim o QTc em forma dose-dependente podendo originar perigo de torsade de pointes.

Se a pesquisa de helicobacter pylory foi positiva deve se usar a claritomicina associada a flagyl ou outros.

Quanto as medidas higienico-dietéticas são fundamentais:

1) Combate a obesidade: reduzir calorias e atividade física. Você não menciona o peso do paciente porém, se for obeso ou mesmo com excesso de peso (IMC acima de 25) a primeira medida é dieta hipocalórica, 2) Evitar fumo, café e álcool. 3) Não deitar logo após a alimentação. 4) Comer pequenas porções cada vez e 6 vezes por dia. 5) Medicamentos: inibidores da bomba de prótons e cisaprida.

Para todos os casos:

- 1) Procurar respeitar os horários das refeições.
- 2) Não deixar longos períodos de tempo sem se alimentar.
- 3) Mastigar lentamente os alimentos.
- 4) Preferir os alimentos de fácil digestão.
- 5) Evitar o uso do álcool.
- 6) Evitar alimentos em conservas ou industrializados assim como os embutidos.
- 7) Não deitar, repousar ou fazer grandes esforços logo após as refeições principais.
- 8) Alimentar-se com pequenas quantidades em cada refeição, evitando quantidades volumosas de uma vez.
- 9) Preferir alimentos grelhados, fervidos ou ao forno procurando evitar as frituras.
- 10) Restringir alimentos ricos em gordura animal de difícil digestão. Ex.: banha, carne de porco, ovos fritos, queijos amarelos e remosos, (gorgonzola, parmesão, prato) Podem ser substituídos por queijo branco tipo minas e ricota. A manteiga deve ser substituída por margarina.
- 11) Evitar condimentos tais como Ketchup, mostarda, pimenta, etc.
- 12) O café puro não é recomendável.
- 13) Evitar os fast-food ou comidas rápidas.
- 14) Evitar doces concentrados: goiabada, marmelada, cocada, etc.;
- 15) Evitar frutas gordurosas: abacate; frutas secas oleaginosas: nozes, castanhas, avelã, uva-passa, etc.;
- 16) Evitar hortaliças fermentáveis (caso tiver tendência a formar gases): repolho, pimentão, brócoli, couve-flor, nabo, almeirão, couve manteiga.
- 15) As carnes preferencialmente devem ser bem cozidas evitando que sejam quase cruas.

16) Evitar bebidas gaseificadas.

17) Evitar alimentos muito gelados ou muito quentes.

18) Evitar a automedicação com analgésicos e/ou antiinflamatórios. Nunca deveria ter sido dado corticoides.

Se pese a estas medidas no responde: cogitar a cirurgia.

O teste de inclinação é reconhecido como útil para identificar a resposta vaso-vagal na ausência de cardiopatia. O valor como preditor de eficácia terapêutica é controverso.

Descrevem-se três padrões de respostas no Tilt Test:

a) resposta Vasovagal-Neurocardiogênica Clássica: na posição supina queda de PA e da FC.

b) resposta de desautonomia: queda significativa da PA e discreta bradicardia.

c) STOP: Síndrome da Taquicardia Ortostática Postural: aumento da FC e queda da PA.

Nos casos recorrentes existem conduta: não farmacológica, farmacológica e em casos especiais o marcapasso átrioventricular.

1) não farmacológica: meias elásticas com até 30 a 40mm de Hg de pressão ao nível do tornozelo, evitar situações desencadeantes como calor excessivo, consumo de álcool, orientar a reconhecer eventuais pródromos.

2) farmacológica: o arsenal terapêutico pode contra com beta-bloqueadores, fludrocortisona, disopiramida, alfa-agonistas, teofilina, inibidores da recaptação central de serotonina. Todas podem ter potencial pró-síncope.

a) beta-bloqueadores: equivalente a 80mg/dia de propanolol. Se há usado o esmolol, atenolol, metoprolol, Estes atuam pelos seguintes mecanismos:

1) diminuindo a ativação do reflexo mecanorreceptor miocárdico;2) bloqueando serotonina.

b) fludocortisona: trata-se de um mineralocorticosteróide na dose de 1 a 2mcg/kg/dia. age pelos seguintes mecanismos: 1) aumento de volemia por retenção hidrosalina; 2) efeito alfa agonista na microcirculação: vasoconstrição indireta por aumento da sensibilidade do receptor alfa.

Pode ocasionar hipocalcemia e hipomagnessemia pelo que estes eletrólitos devem ser monitorados.

c) disopiramida: antiarrítmico do grupo IA: dose até 800mg/dia.

mecanismo: A diferença de quinidina e de procainamida ocasiona vasoconstrição periférica: aumento da resistência periférica. Não age nos receptores adrenérgicos alfa ou beta como quinidina.

Possui efeito inotrópico negativo leve com eventual diminuição do débito cardíaco.

d) alfa-agonistas: uma nova substância chamada midrodine hoje é a droga de escolha (Low, P. et al. JAMA 1997;104:6-51) e Sra J, Maglio C. et. al. J. Cardiovasc. Electrophysiol.1997;8:42-46).

e) Teofilina: xantina administrada em dose de 50mg a 100mg/dia. Mecanismo:

1) efeito antiadenosina periférica.

f) inhibidores da recaptção de serotonina: fluxetina e sertalina. O neurotransmissor serotonina joga um rol decisivo no mecanismo central de regulação PA e FC. As drogas que aumentam a disponibilidade de serotonina

por inibir a captação nos receptores tem se mostrado eficazes (Grubb, B. P. An. Int. Med. 1995;122:204-09).

Andrés R. Pérez Riera

Estimado Dr. Alejandro Cuesta. Soy Médico Venezolano, estudiante Residencia de 2do año de Cardiología Clínica, Cardiocentro Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Es un placer y un honor poder presentarle mi saludo y a la vez aprovechar la oportunidad de brindarle mi colaboración. En referencia de su paciente, está claro que el cuadro Sincopal es de tipo vasovagal, desencadenado por la tos, desde un substrato patológico clínico respiratorio crónico tipo EBPOC en paciente fumador enpedernido hasta hace tres años. Por referencia bibliográfica el Síncope Vasovagal el tratamiento de primera línea son los Betabloqueadores (Propranolol, Atenolol, Metoprolol) con cierto grado de selectividad. Pero en el caso en referencia, en donde el paciente es portador de una patología respiratoria. No serían los de elección por su contraindicación, en cuyo caso agravaría la sintomatología respiratoria (la tos).

Haciendo revisiones bibliográficas, hay autores que recomiendan el uso de teofilina de 6-12 mg./Kgs./día. en algunos casos de síncope de tipo vasovagal, aún desconociendo el nivel de actuación (inhibición de la fosfodiesterasa ATP-AMPcíclico, Adenosina cíclica). Inclusive la Sertralina, Efedrina, Etilerfrina, Dihidroergotamina, Dextroanfetamina y Seudoeferdrina.

No tengo ninguna experiencia sobre el uso de Fluoxetine (Prozac). Antidepresivo no tricíclico, no tetracíclico, cuyo efecto es inhibir la producción de Serotonina. Mediador químico periférico. En tal sentido lo refiero a los trabajos de GRUBB B.P. Wolfe, D. A., Samoil, D., et al: O Utilidad del Clorhidrato de Fluoxetine en la prevención del Síncope inducido por la resistencia ortoestática. PACE. 16:458. 1993.

Estimado Colega, Amigo, espero que estas referencias le sirvan para el beneficio de su paciente y el suyo propio. Se despide de Ud. Su servidor

Dr. Wilfredo Agreda.

Nota. Bibliografía consultada. BRANWALD WISHWA N. KAPOOR. Tratado de Cardiología; Síncope e Hipotensión. Cap: 28, 949; 1997 Edición en Español.

ANALISIS DEL CASO CLINICO CON SINDROME SINCOPAL

DR JOSE ANASTASIO CARRILLO ZELEDON

Se trata evidentemente de un paciente que ya esta comenzando la tercera edad, donde las afectaciones cardiovasculares, pulmonares, laberínticas, neurológicas, y de todos los órganos y sentidos son mas frecuentes. Existe por otra parte un antecedente importantísimo el de ser fumador. Pregúntale por qué hasta hace tres años fumaba y por qué ahora no fuma.

Muchos de los medicamentos de uso en geriatría o en personas mayores, se asocian con problemas de carácter sincopal. El paciente fue derivado al Neumólogo, no por su síncope , si no que fue derivado por su tos que para esta altura a adquirido carácter crónico. Me imagino, por que no se dice, que se trata de verdaderos accesos de tos, que provocan un color rojocianótico en los pacientes inyección conjuntival, ingurgitación de los vasos del cuello y cara evidente en la temporal.

Hay que descartar los siguientes medicamentos:

Ø ANTIHIPERTENSIVOS Y ANTIANGINOSOS:

- o Antagonistas adrenérgicos
- o Bloqueadores de los canales del calcio.
- o Diuréticos.
- o Nitritos.
- o Vasodilatadores.

Ø 2) ANTIDEPRESIVOS:

Ø inhibidores de la monoamino-oxidasa.

Ø Antidepresivos tricíclicos.

Ø 3) FENOTIAZINAS.

Ø 4) ANTIARRITMICOS.

Ø Digital.

Ø Quinidina.

Ø 5) INSULINA

Ø 6) SIDENAFILO

Ø 7) DROGAS:

Ø Alcohol.

Ø Cocaína.

Ø Drogas de diseño

Ø Marihuana

FBC: Normal

FGC: Hernia hiatal y evidencias de reflujo GE

Esto lo abordó el Dr Andres R.P. Riera, de manera magistral está demás agregar algunos conceptos ya sabidos.

Me parece, que la medicación de su hernia esofágica es fundamental en este momento yo estoy usando el Omeprazol 30 mg/hora sueño en una sola toma al día, sin sobrepasar el máximo de seguridad de 30 días, dado que siempre se produce una hipertrofia de la mucosa gástrica, lo asocio con Klaritromicina UD de 500 mg: una después del almuerzo, durante 2 semanas + mas Amoxicilina cap 500 mg: una cada 8 horas, 6am,2pm,10pm, tres al día por 10 días, además de esto Mylanta Plus Fco suspensión oral: 10cc una y tres horas después de cada comida y antes de acostarse, por 10 días, con un máximo de 30. este es un esquema pero hay muchos y todos buenos, no obstante mas en un paciente mayor no usaria inhibidores de la bomba de protones por el enmascaramiento de otros cuadros gravísimos gastro intestinales.

Aquí nos encontramos con otro problema por resolver, nos interesaría preguntarle al neumonólogo por qué fue referido al cardiólogo, y me gustaría preguntar, con qué frecuencia aparecieron en el Holter las extrasístoles supraventriculares, en qué circunstancias, y por otra parte llama poderosamente la atención de que no se pueda precisar la hora del síncope y mas aun que el Holter no registre nada. No lo digo como médico, si no como paciente, yo anduve uno por una semana y asta el apellido me registro. Por otra parte el abordaje del paciente debería incluir los siguientes exámenes:

Historia clínica y examen físico

Electrocardiograma

Monitorización electrocardiografica continua

Electrocardiograma de señal promediada

Estudio electrofisiológico

Prueba de esfuerzo

Otros estudios

.....-Ecocardiograma

.....-Cateterismo Cardiaco

.....-Coronariografía

Electroencefalograma y tomografía cerebral

Tilt test

Estimado Dr. El problema de este paciente no solamente es de orden terapéutico, ya que de acuerdo, a la información proporcionada por usted, dista mucho de haberse agotado los procedimientos diagnósticos. Y el problema no es suyo, es casi de todos nosotros los médicos. Después que para ayudar a aclarar esta duda he tenido que revisar muchos artículos, me doy cuenta que mi concepto de Sincope dista de ser el que debería ser:

- se trata de un síndrome, no de un síntoma.

- Por tanto reconoce un montón de etiologías que en buen castellano deberíamos de descartar una por una, pues hasta no llegar a la correcta, no podemos tratar el problema de fondo.

- Por el momento le cuento, que hay de dos grandes tipos:

- A- cardiogénicas.

- B- No cardiogénicas.

En las primeras hay como 30 posibilidades y en la segunda digamos que treinta veces más, de manera que el embudo propuesto arriba me pareció razonable, descarto la posibilidad cardiaca de etiología, y me quedo con las no cardiacas de estas la Situacional ocupa casi todo el área, y son precisamente estas situacionales, las que tienen pródromos, que el paciente ya los conoce.

Dr Jose Anastasio Carrillo Zeledon