

Hombre joven, deportista muy bien entrenado con bradicardia sinusal y presencia de síncope – 2006

Simón Pero

Estimados colegas, me gustaría consultarles sobre su opinión acerca de un paciente, que si bien ya tiene su conducta tomada me generó algunas dudas inicialmente.

Un hombre joven, deportista, muy bien entrenado con bradicardia sinusal de hasta 50 LPM, que se interpretó relacionada con su entrenamiento, con ECG normal, con perfusión miocárdica normal, ecocardiograma Doppler normal, laboratorio normal.

Con antecedentes de síncope por el relato neurocardiogénico, a los 25 años, y luego varias ocasiones de presíncope, en situaciones de stress, en presencia de sangre etc.

Consultó por síncope y fue admitido ya con todos esos antecedentes, antes de pasar 2 horas de internado presentó en monitor (no quedó registrado) una pausa significativa sin escape ventricular aparente, ese registro no fue claro ya que en ese momento tenía movimientos tónicos que introdujeron artefactos en el registro. El episodio duró 12 segundos o menos y se recuperó completamente. Tras esto (ya recuperado), el masaje del seno carotídeo no produjo pausas, tampoco la maniobra de Valsalva.

- 1) ¿Qué opinan del paciente?
- 2) ¿Cómo lo hubiesen estudiado?
- 3) ¿Cómo lo hubiesen tratado hasta su tratamiento definitivo?

Simón Pero

OPINIONES DE COLEGAS

¡Qué buen caso, y que pocos elementos que nos das!

Por como lo planteas es claro que el síncope se debe a una arritmia; quedaría saber si tenía onda P previo a la pausa, de ser así estaría ante un BAV de 2° grado Mobitz II, y si no tu paciente tiene una disfunción sinusal (paro sinusal - bloqueo sinoatrial), otra posibilidad es pensar en un Bloqueo AV completo paroxístico, pero en principio lo descarto por la falta de escape ventricular pues casi todos restablecen la conducción tras un latido de escape.

Lo que sea, se trata de una pausa sintomática con derrumbe hemodinámico (hipoperfusión cerebral = convulsión), ya has descartado una respuesta bradicardizante excesiva con la maniobra de Valsalva y el masaje del seno carotídeo.

En el caso del BAV 2° grado Mobitz II va a Marcapaso permanente y en la Disfunción del Nódulo Sinusal buscaría la etiología, por los estudios previos que mencionas, no es isquémica, no hay miocardiopatías, veamos por el lado de la idiopática, familiar, inflamatoria, infiltrativa, farmacológica, autonómica, alteraciones electrolíticas, tiroideas, etc, de encontrar la etiología la trataría y tal vez se solucione todo.

Pero hasta tanto cabría un EEF para buscar marcadores de mal pronóstico y sobre la base de eso valorar Marcapaso definitivo, que seguro termina en esto dado las limitaciones del tratamiento farmacológico.

Envíanos la conducta que has tomado al respecto.

Saludos.

Tomás Campillo

Córdoba (Argentina).

Prezado Pero Simon: Episódios de paradas sinusais longas (de 2000 a 3000ms.) costumam carecer de significado patológico em atletas altamente treinados com seu paciente. Pausas sinusais prolongadas: (> 2 segundos) são freqüentes nesta população sem significado patológico.

A bradicardia sinusal é a regra sendo a arritmia mais freqüente em atletas. No são raras freqüências cardíacas entre 30 e 40 bpm no repouso. Nos atletas altamente treinados tem-se observado freqüências cardíacas de até 25 bpm!.

A parada ou pausa sinusal pode ser definida como uma arritmia sinusal resultante de uma falha transitória (pausa) ou mais duradoura (parada) da atividade sinusal na sua atividade como marcapasso comandante.

Síncope (do grego "Sygkopé" ou syncopein: pausa, desmaio rápido) é um sintoma e também uma síndrome caracterizada por perda abrupta, completa e transitória ou momentânea da consciência e do tônus postural com recuperação espontânea, sem seqüelas neurológicas.

A síncope deve ser estudada seguindo um protocolo.

Os recursos com que contamos para o estudo da síncope são:

I) AVALIAÇÃO CLÍNICA: cuidadosa anamnese e exame físico

II) AVALIAÇÃO LABORATORIAL:

A) Não invasiva;

B) Invasiva.

A) Recursos não invasivos:

1) Eletrocardiograma convencional;

2) Eletrocardiografia dinâmica de 24h ou monitorização de longa duração

(Holter);

3) Teste da inclinação ou "Tilt Test": Este recurso 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 básicos de respostas no Tilt Test:

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

b) Resposta de disautonomia: queda significativa da PA e discreta bradicardia.

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

4) Registradores de eventos "loop event recorder";

- 5) Monitores implantáveis com memória digital extensa ("implantable loop recorders" (ILRs);
- 6) Eletrocardiograma de alta resolução da onda P;
- 7) Estudo da resposta cronotrópica com o uso de fármacos: vagolíticos (atropina), simpaticomiméticos (isoproterenol) trifosfato de adenosina, determinação da frequência cardíaca intrínseca do nódulo sinusal ou IHRD (Intrinsic Heart Rate Determination), teste ergométrico, manobra de Valsalva e estimulação do seio carotídeo. Estas provas possuem apenas um valor orientador, porém, não são decisivas para o diagnóstico e muito menos para determinar a atitude terapêutica.
- 8) Dosagem de anticorpos contra o nódulo sinusal.

B) Recursos invasivos:

B-1) Não cruento:

1) Átrio-cardio-estimulação transesofágica, cardioestimulação transesofágica (Cete) ou estudo eletrofisiológico transesofágico: - estudo do tempo de recuperação do Nó sinusal corrigido.

B-2) Cruento:

2) Estudo eletrofisiológico: medida do tempo de condução sino-auricular e outros tempos: PA, AH, HV etc.

Cada um destes recursos tem seu valor e sua indicação na dependência do caso.

Como tratá-lo: Respondo apenas o trataremos quando tenhamos certeza absoluta do diagnóstico. É fundamental ter a certeza que o paciente tem mesmo a síncope neurocardiogênica benigna. Esta pode ser tratada da forma convencional que encontrarás muita literatura

Grato

Andrés Ricardo Pérez Riera

São Paulo Brasil.

Si estaba en reposo acostado y pausas de 12 segundos le convendría un MP.

Si hay la duda de la pausa existen otros métodos para estudiar la integridad del sistema excitoconducción como medidas farmacológicas con adenosina o simplemente un EEF para documentar función sinusal

Oscar Geraldino

Estimado colega.

De acuerdo a los datos que nos dás desde el punto de vista clínico y de estudios complementarios el paciente parece presentar un claro síncope neurocardiogénico y del tipo cardioinhibitorio, ya que presentó presuntamente un paro sinusal de 12 segundos, no me queda claro si esto ocurrió estando el paciente acostado o cuando estaba siendo internado. Excepto que en el medio haya alguna "trampa", yo le realizaría como medida inicial un Tilt Test ya que es un síncope en un paciente sin cardiopatía estructural. Sería diferente la situación si sospecháramos algún síndrome genético.

Si el TT fuera positivo, no le indicaría un marcapasos por el momento, excepto que sea muy recurrente y maligno.

La clase de síncope ya te la dió Perez Riera.

Un abrazo.

Dr. Oscar A. Pellizzón.

Los antecedentes del paciente sugieren síncope neurocardiogénico del tipo vasovagal, pero confunde que este episodio según entiendo pasó estando acostado. ¿El paciente no tuvo pródromos? ¿Cuántos años tiene el paciente? si comenzó los episodios a los 25 años el paso de los años me puede hablar de la benignidad o no del cuadro. El tilt test me va a demostrar si hay fenómeno vasovagal pero no me descarta que haya otro problema. La gran diferencia de conducta la plantea el tipo de síncope del paciente:

Vasovagal o bradiarritmico por enfermedad del nódulo o del sistema de conducción por lo que si hay alguna duda de que sea vasovagal primero realizaría un estudio que valore la indemnidad del sistema (EEF). Si es positivo habrá que colocarle un marcapaso (síncope por bradiarritmia indicación clase I) si es negativo no me quedarían dudas de que es vasovagal por lo que la colocación de marcapaso en la respuesta cardioinhibitoria está muy discutida (estudios como el VPS II o el SYNPACE demuestran pocas diferencias entre un marcapaso on vs off) intentaría con las medidas de educación que son las únicas que han demostrado cierto beneficio. El tilt test lo realizaría para confirmar el diagnóstico. No me gustaría ponerle un marcapaso con 2 cables a un paciente joven que probablemente no lo necesite, pero tampoco me quedaría con la certeza de un diagnóstico benigno sin descartar una enfermedad con alta mortalidad y de fácil solución.

Atte

Ignacio Retamal – Córdoba, Argentina

Me alegra les interese el paciente, es un lindo caso. Estaba acostado y el registro en monitor, no se pudo grabar para colmo de males como tenía movimientos tónicos se artefactó un poco el registro. Yo tenía interés en estudiarlo un poco más, pero el médico de cabecera y el grupo de UCO decidieron colocarle un DDD con *rate drop*, directamente, no me parece mala salida.

Por lo de trampa, espero que no tenga ninguna pues yo no la vi, en cuanto tenga mas datos les cuento.

Simón Pero

Me parece que la decisión fue un poco apresurada. A mí me hubiera gustado estudiarlo. Un abrazo. Hubo mucho de eso y también un sentido práctico (no tanto a mi parecer). Pero si el paciente es de otro, yo respeto el planteo, esperemos que no se complique el implante.

Un abrazo

PD pensamos muy parecido

Oscar Pellizzón

No se en qué se basan para hablar de síncope cardio-inhibitorio. Si es un paciente que hace una pausa acostado de 12 segundos hay que pensar en enfermedad del sistema excitoconducción.

Saludos.

Oscar Geraldino