

Mujer de 55 años con antecedentes de síncope a repetición – 2014

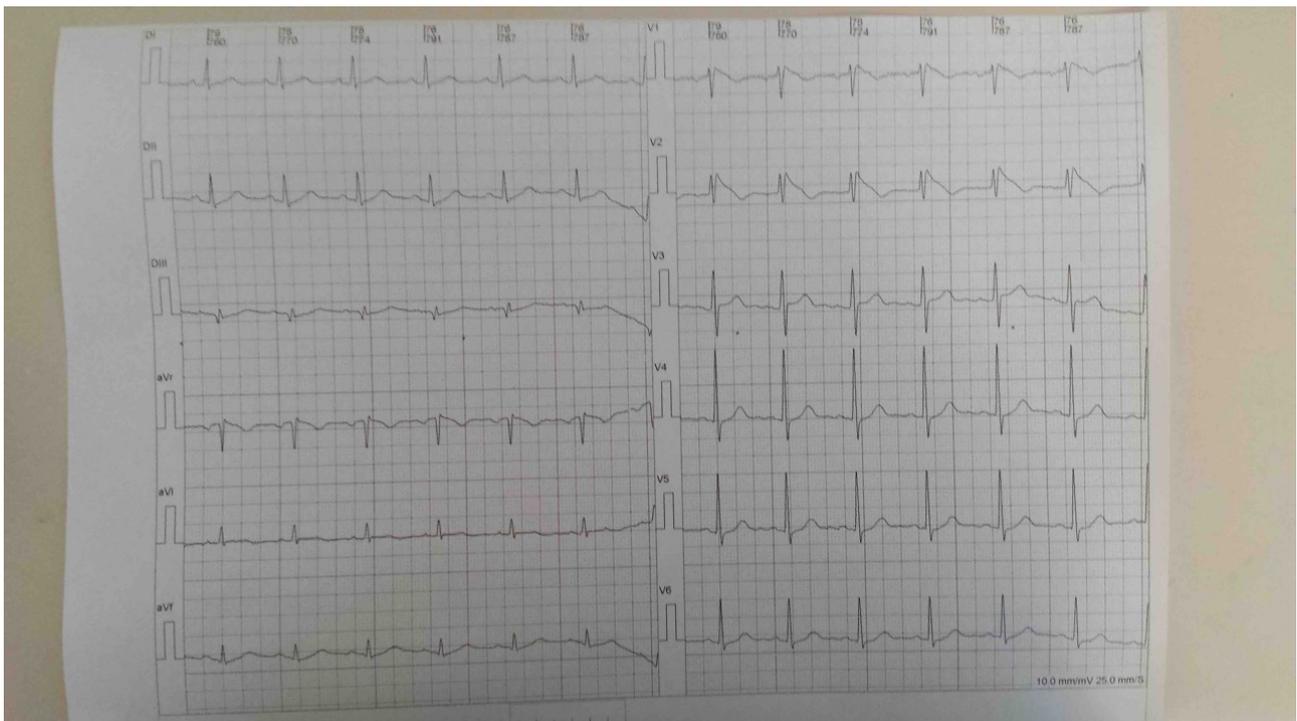
Dr. Francisco Lopez-Valenzuela

Paciente femenina 55 años. Síncopes múltiples durante la infancia y embarazo.

Acude a consulta x astenia.

Da la casualidad que la paciente es madre de un cardiólogo y nunca se había hecho un ECG.

Dr. Francisco Lopez-Valenzuela



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Dr. Lopez: diagnóstico electrocardiográfico: Brugada tipo I. Tuvo síncope, refiere consulta por debilidad, descartaría hipokalemia periódica, pero es un ECG de Brugada tipo I.

Primero antecedentes familiares, luego eco, Holter y electrolitos, aunque impresiona no tener otras anomalías en el ECG que el patrón de Brugada, nada para sospechar otra patología aunque deberían descartarse. No impresiona para nada una fenocopia por alguna causa extracardíaca. El síndrome de Brugada no presenta como síntoma astenia, si los síncope.

¿Luego los síncope fueron en episodios febriles, algún desencadenante en especial, medicamentos en aquel momento? ¿Último episodio sincopal?

Screening electrocardiográfico de los familiares.

Con estas respuestas y más que se le agregaran cuando opinen los que saben se puede luego hablar de conductas. Si es posible estudio genetico.

Un abrazo y me gustaría que el Dr Perez Riera nos diera su experta opinión en este caso.

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

A pesar de que el ECG de la paciente sugiere un Síndrome de Brugada tipo 1 la falta de PR prolongado y s DI - V5 - V 6 y la sintomatología, completaría con interrogatorio, precordiales altas y bajas, si continúo con dudas una prueba Farmacológica
Dr. Floreal Cueto

Estimado colega El patrón es de Brugada tipo 1 espontáneo. Este tipo de patrón en sintomáticos como este caso (síncopes múltiples) y en la demostración indiscutible de ausencia de cardiopatía estructural aparente, disturbio electrolítico, enfermedad coronaria es indicación tipo IA de implante de CDI. Ha tenido suerte hasta ahora pero sin garantías a pesar del hiatus de 27 años asintomática.

No se encuentran en este ECG otros marcadores no invasivos de arritmias fatales como: onda R final de aVR prominente (\Rightarrow 3mm), fragmentación del QRS, bloqueo parietal, Prolongación de la P, bloqueo AV de primer grado, bloqueo divisional ántero-superior izquierdo LAFB, o epsilon wave (esta onda característica de DAVD puede verse en el Brugada rarísimamente y es un marcador de eventos).

Si su centro tiene el recurso es muy importante realizar ECG de señales promediadas (ECG de alta resolución) puesto que se ha demostrado que la presencia de potenciales tardíos son fuertes marcadores de arritmias fatales.

El sexo femenino es menos comun y más benigno en el síndrome (8:1 en favor del hombre en caucasianos y 10:1 en Asiáticos). Sería importantísimo saber la historia familiar, y realizar ECGs de los parientes de primer grado.

También sería importante saber de las circunstancias y características de los síncope. En el síndrome de Brugada los síncope ocurren en el 80% de los casos durante el reposo nocturno, porque la entidad empeora en la vagotonía nocturna facilitando la aparición de TV polimórfica por reentrada en fase 2. Hasta que consiga los tramites del CDI inicie de inmediato Quinidina (en Argentina se encuentra no se en Venezuela) Observe en 10 días de iniciada la droga si el patrón tipo 1 ha desaparecido. Si esto ocurre es un signo + de la presencia del síndrome. Extremo cuidado debe tener con fiebre que es un disparador (trigger) de eventos. Si ella tiene cualquier enfermedad febril debe tratar la fiebre porque esto mata a los portadores del síndrome de Brugada. También debe explicar a la paciente que existen drogas que no podrá usar Ellas están todas en este site:

www.brugadadrugs.org

Finalmente debe hacer el estudio genético en ella (probando) y en la familia

Abrazo a todos

Andres R. Perez-Riera.

Prezado Dr Lopez-Valenzuela

Ecg padrão BRUGADA tipo 1 ST em V1 > 0,2 mV O2mm. "Coved pattern" com ST descendente lento e T invertida simétrica. Síncopes no passado. Averiguar história familiar.

Adail Paixao Almeida

Queridos amigos del forum el caso del Dr Valenzuela es muy interesante Por supuesto que el síndrome Brugada es indiscutible, pero, no por esto los síncope de la paciente

Pero no creo que la paciente hubiese sobrevivido tachycardias ventriculares polimórficas repetidos ,

Pero he visto a pacientes mujeres con syncopes repetidos y fueron tratadas como epilépticas, pero hasta que se descubrió que hacían bloqueos aurículo ventriculares transitorios. Todas estas pacientes tenían bloqueos A-V de primer grado, fenómeno muy corriente en mujeres hipertensas.

Lo primero que se debe hacer es un registro del His, existe una alta probabilidad de H-V largo y el tratamiento es marcapaso. En todas tenían más de 10 años síncope generalmente caminando

También Pedro Brugada conró, en Barcelona hace 4 años, (donde muchos foristas asisitimos en este meeting,) que trataron una niña con síncope y Brugada. Le pusieron un ICD, pero la niña siguió desmayándose y resultó que fue un syndrome vasovagal

Debo recalcar que hace unos 5 años se publicó en Circulation que hipertensos con primer grado de bloqueo A-V es un factor alto grado de muerte súbita o síncope ,

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Querido Andrés, el último síncope fue hace 27 años, habría que interrogar correctamente si eran síncope o episodios vaso vagales en una mujer joven.

Con los datos enviados, más allá de la tonta, maliciosa y evitable anécdota del familiar cardiólogo, no encuentro en el ECG indicadores de eventos arrítmicos, no refirió antecedentes familiares, el último síncope hace 27 años.

No comparto el EEF para estratificar riesgo; si le indicaría quinidina.

CDI: ¿cuál sería el motivo de su indicación? No me impresiona sea la conducta a seguir con los datos y ECG actuales.

Un dilema ¿no le parece?

Un gran abrazo Andrés y perdón si disiento de la urgencia en la indicación del CDI

Martin Ibarrola

Martincito que el último síncope haya sido hace 27 años no le da garantía que no tenga otro y la mate. Debes seguir las guías de conducta que nosotros elaboramos y todavía están vigentes.

Andres R. Pérez Riera

Querido amigo profe Edgardo perdónome por completar mi informe anterior sobre mujer con Brugada y síncope repetido durante años y grado 1 bloqueo AV

¿Por qué el síncope aparece al caminar ? Es muy similar a los bloqueos inducidos por tachicardias en rama derecha o rama izquierda. En estos no hay síncope porque siempre hay una rama opuesta que complete la conducción ventricular con QRS ancho. Existe síncope si hay un bloqueo biventricular es decir bloqueos crónicos de la rama derecha e izquierda de grado 1

Pero el bloqueo crónico de la rama de His, y durante tachycardia sinusal se produce un bloqueo paroxysmal de tercer grado y síncope. Esto es porque estas pacientes hacen síncope al caminar o en excitación extrema a diferencia de Brugada que el síncope aparece de noche o en reposo

La discusión está abierta

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Caro Maestro Andrés

¿Serían también marcadores de riesgo de arritmias letales QT más largo o más corto e repolarización precoz tipo maligno, infero-lateral descendente lento, sin sonrisa no raros en la Brugada Síndrome?

Abrazos

Adail Paixao Almeida

Efectivamente querido Adail a repolarizaco precoce associada ao BrS   um marcador de risco.

Andres

Aduendum para Adail: El síndrome de Brugada e la rep precoz tiene cosas en com n como lo expresa la tabla abajo

Early repolarization	Brugada syndrome
Average age of first event 35 years	Average age of first event 30–40 years
Malepredominance: 75%	Male predominance: 80%
Temporal variation in the expression of the ECG pattern	Temporal variation in the expression of the ECG pattern
Vagallymediated accentuation of ECG pattern	Vagallymediated accentuation of ECG pattern
Pattern with ascending ST-segment after J-point: lower risk	Pattern with ascending ST-segment after J-point, i.e. Type II and III ECG: lower risk
Normalization during quinidine exposure	Normalizationduringquinidineexposure

En este caso es controvertida la indicación de CDI, ante todo en salud pública ya que estamos liberados de los manejos empresariales, y podemos discutir imparcialmente cada individuo.

Aprovecho para consultar, si bien este es un patrón I espontáneo, ¿qué experiencia han tenido con los Test de provocación?, en mi provincia no contamos con Ajmalina

Muchas gracias

Marianela Gutierrez

Htal Plottier- Neuquen

Estimada Marianela no entendi su pregunta. El test de ajmalina se hace en caso de sospecha clínica apenas en pacientes con el patrón electrocardiográfico tipo 2. Cuando el patrón es espontaneo tipo 1 como en este caso no es necesario hacer este test provocativo.

El algoritmo que puede emplearse es:

I) Sintomáticos

IA) MS abortada..... ICD clase I

IB) Síncope: con patrón tipo 1 espontáneo..... ICD (clase 1A) Con patrón tipo 1 después de ajmalina.... ICD (clase IIA)

II) Asintomáticos: sin consenso.

Andrés R Pérez-Riera

Muchas gracias Dr. mi pregunta apunta mas bien a vuestra experiencia con otros test (flecaínida), ya que nos dificulta contar con ajmalina en nuestro medio.

En nuestra práctica no es infrecuente detectar el patrón tipo II en jóvenes asintomáticos, y allí se plantea la inquietud

Atte

Marianela Gutiérrez