

Paciente de 26 años, sin antecedentes patológicos que presenta episodio sincopal - 2013

Dr. Arnaldo Escobar

Estimado Doctor, por favor, ¿es posible que suba éste caso para su discusión?

Se trata de un paciente de 26 años, sin antecedentes patológicos. sedentario, vendedor, sin hábitos toxico-medicamentosos, quien estando en una celebración, presenta pérdida de conciencia de pocos segundos, según testigos, con recuperación ad integrum sin manifestaciones post ictales.

Al ex físico, hábito mesomórfico, PA: 100/60, FC: 50 lpm, Eupnéico.

Cabeza y cuello: sin ingurgitación yugular, sin soplos carotídeos

Tórax: CV: R1 R2 normofonético, soplo sistólico 1/6 en foco accesorio de Erb, sin irradiación, casi imperceptible en posición sentado, sin edemas.

Pulmones: MV+ sin ruidos sobreagregados.

Abdomen. simétrico, blando depresible, sin visceromegalias, RHA+. sin soplos abdominales

Urogenital sin particularidades.

Neurológico: vigil, orientado en tiempo y espacio, sin signos de focalización motora.

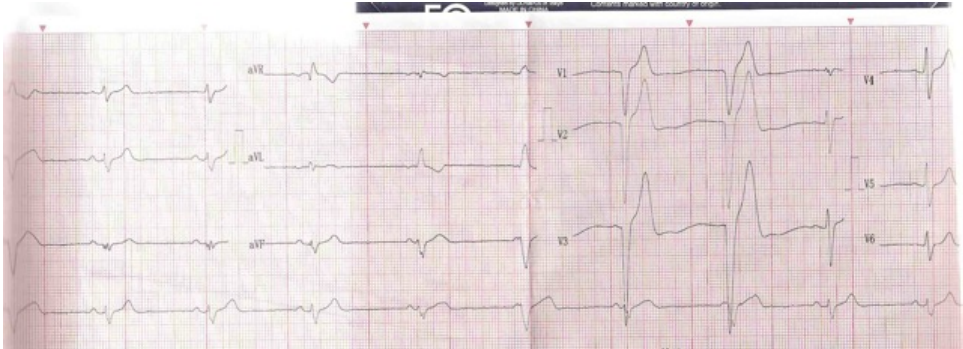
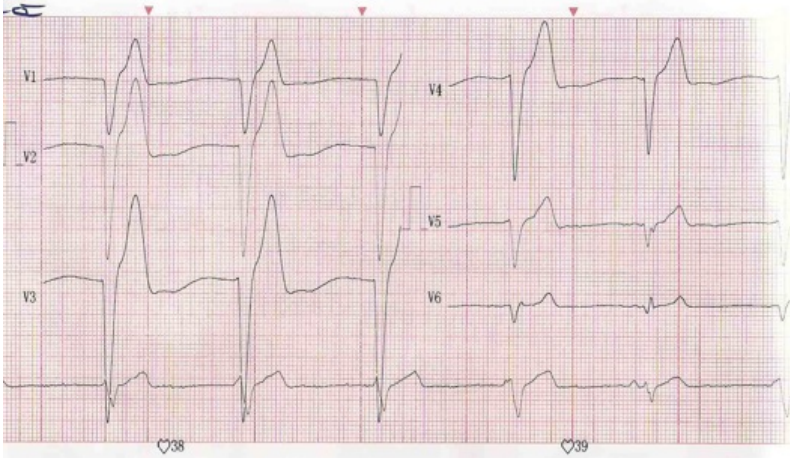
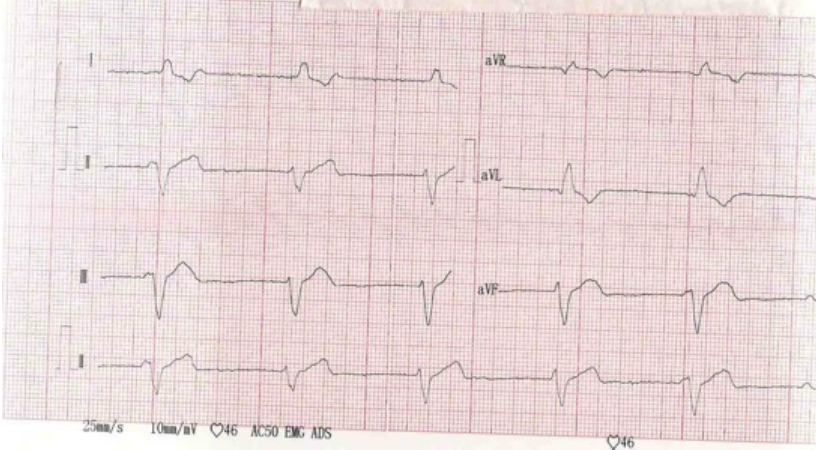
Ex complementarios: destaca: Hemoglobina de 11,4 gr/dl y Hematocrito 34%, función renal y hepática normal.

ECG se adjunta.

¿Diagnóstico presuntivo?

¿Conducta?

Arnaldo Escobar.



OPINIONES DE COLEGAS

Análisis del caso del Dr Escobar: Este ECG muestra un ritmo idioventricular originado en la cara posterior de la punta izquierda, sin signos de actividad sinusal

Con este ritmo y un con un poco de alcohol y en ambiente de mucha gente y cerrado cualquiera se desmaya.

Posiblemente el alcohol, produce vasodilatación, y ante esta situación el ritmo sinusal debe acelerarse. sino se produce un descenso brusco del *cardiac output* y la presión sistólica

Ahora pediría un Holter y decidiría si este joven tiene un *sick sinus syndrome* congénito y como reacciona al esfuerzo

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Buenas tardes, a mi entender el ECG podría explicar los síntomas del paciente. Probablemente su etiología sería más difícil de dilucidar.

Electrocardiograma:

Ritmo sinusal

FC 48 lpm aprox

Eje: Patrón SI SII SIII

PQ 0,18 seg

QRS 0,10 seg

QT 0,38 seg

Se observa ritmo idioventricular acelerado (RIVA) a una frecuencia un poco menor que durante el ritmo sinusal (llamada o mal llamada taquicardia ventricular lenta) que actúa

como ritmo de escape con imagen de BCRI. Se observan algunos latidos donde se fusiona el ritmo sinusal con el latido ventricular.

Expresando de algún modo disfunción del nódulo sinusal ya que se presenta cuando el ritmo sinusal demora en aparecer.

Creo que puede haber tenido durante el síncope un ritmo aún más lento o asistolia y este tipo de escape.

El informe anterior es de la segunda tira de ECG

En la primera tira aparece el ritmo idioventricular lento con una imagen de BCRD con imagen de BCRI en las derivaciones standard y disociación AV, indicando que el foco de escape va variando de lugar en forma intermitente, explicando esta posible inestabilidad como responsable de los síntomas y probablemente pueda haber tenido un ritmo más lento o asistolia durante el síncope.

Saludos

Jorge Castilla

Muy buen análisis, Jorge, bienvenido al foro, siga opinando.

Una observación NO menor: si algo está "mal llamado" en vez de aclararlo y volver a mencionarlo, ¿por qué directamente no lo dejamos de mencionar.? Si es RIVA, NO es taquicardia ventricular lenta, que por definición, esta última tiene una FC mayor a 100 por minuto. Sugiero entonces, no caer en la tentación de, para definir una entidad, usar todos los sinónimos de la literatura incluyendo aquellos que son mal usados, y que no obedecen a definición alguna.

Lo saludo cordialmente

Adrián Baranchuk

Caso Dr. Escobar.

Me integré recientemente en este foro y además de aprender de ustedes voy a dar mi humilde opinión sobre este caso.

El cuadro del paciente se debe a una bradicardia sinusal sintomática.

Los ECG muestran bradicardia sinusal con latidos conducidos, escapes ventriculares con imagen de BRI con desviación marcada del AQRS en el plano frontal a la izquierda por lo cual yo pensaría que este ritmo se originaría en la punta del ventrículo derecho, y latidos de fusión entre ambos.

El síncope probablemente se deba a una bradicardia más importante. Hasta acá estamos todos de acuerdo de que el cuadro se desencadenó por una bradiarritmia.

Pero también existen datos llamativos en el ECG en ritmo sinusal con complejos QRS conducidos que son: trastorno de conducción intraauricular; complejos QRS con una duración aprox. de 120 mseg, con empastamientos iniciales en cara inferior y septal (fibrosis??), patrón SI-SII-SIII con rotación horaria en el plano frontal (bloqueo del fascículo antero-superior derecho-HVD??), las ondas T en las derivaciones que se registraron tienden a ser simétricas.

Lo importante sería saber si este cuadro es adquirido (por ej. secundario a una miocarditis) o congénito como bien dice el Dr. Sclarosky. Yo lo estudiaría más a fondo, no solo desde el punto de vista cardiológico sino a nivel clínico general.

Atte

Dra. Julia Pons

Yo no estoy de acuerdo en que los síntomas hayan sido por bradicardia
Perdón me faltó decir que aún no lo se me gustaría saber ¿de qué región de Argentina es el paciente?

Gracias

Saludos

Francisco Femenia

Estimado Dr Escobar no refiere origen y si vive en áreas endémicas de Chagas como primera presunción diagnóstica, no refiere afectación miocárdica por lo que miocarditis es poco probable. No refiere antecedentes familiares ni personales o deportivos (no me impresiona esto último).

Refiere hematocrito de 34 en un joven aparentemente sano? ¿podría referir el recuento leucocitario y fórmula?

¿Qué tareas laborales realiza? ¿exposición ambiental a organofosforados u otros tóxicos? ¿Perdió peso en el último mes? ¿Curva térmica? ¿Perfil tiroideo?

¿ECG previos?

El ECG de base además de la bradicardia es anormal con una desviación del eje eléctrico y retraso de las fuerzas finales del QRS y disminución de la amplitud de los voltajes del QRS, no de las ondas P. Una disociación isorrítmica por momentos en los primeros latidos las ondas P impresionan conducidas, ¿cómo respondió a las maniobras taquicardizantes? ¿conduce normalmente o no?

El origen del síncope podría estar relacionado con la bradicardia pero luego de recuperarse no refiere repitió el mismo, y no refiere hipotensión ortostática con los cambios de decúbito.

¿Estan convencidos como refirió Francisco que no es por bradicardia?

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

Querido Francisco

Respeto muchísimo tu opinión sobre que NO estés de acuerdo con que los síntomas se relacionen con Bradicardia. Sin embargo, no explicás por qué. Tampoco especulas a que se deben los síntomas...nos dejás en las tinieblas del misterio...

Cada aporte debe ser sostenido con una opinión, lo mejor fundamentada posible para armar la discusión. Pero ¿qué discusión es posible si solo decimos: no estoy de acuerdo? En un foro científico, la opinología no sirve, ya lo hemos discutido mil veces contigo. Dale, tomate 3 minutos y expandí tu pensamiento, ¿por qué NO estás de acuerdo?

Adrián Baranchuk

De acuerdo a lo presentado es un episodio sincopal en un paciente joven y sin cardiopatía (falta el ECO2D). El ECG ya se ha mencionado: RIVA con algunos latidos capturados y otros fusionados (de allí las diferentes morfologías de los QRS). Un dato que nos estaría faltando es en qué momento se realizó el ECG, inmediatamente al episodio o varias horas o días después del episodio. Ese dato nos ayudaría para seguir investigando. Mi impresión, es un síncope neurocardiogénico.

Saludos.

Oscar Pellizzón

¿Patrón SI? Yo veo patrón SII y SIII, no veo onda S profunda en DI. Creo que se confunde al observar el ECG, dado que lo que corresponde al patrón SI, SII y SIII, es realmente patrón SII, SIII y tira de ritmo. Dado que la tira final que aparece corresponde a la tira de ritmo tomada en II, que es la que da lugar a confusión. ¿O estoy equivocado?

Saludos,

Juan Ignacio Valle

Buenas tardes,

luego de ver los datos epidemiológicos para intentar completar el diagnóstico presuntivo como expresó un colega, comenzaría también a estudiar de manera no invasiva con Holter, Prueba ergométrica, Ecocardiograma Doppler y tilt test. Observaríamos el

comportamiento de su ritmo cardíaco durante su actividad normal, respuesta al esfuerzo, estructura y función cardíaca además de respuesta autonómica al ortostatismo.

Saludos cordiales.

Jorge Castilla

Estimado Dr Castilla. Perdóneme pero no comprendo en la evaluación inicial plantea tilt test? no concuerdo con su aproximación diagnóstica para que plantear un tilt test si no tiene aún los resultados de los estudios que menciono?

Con el eco y la respuesta cronotrópica del nódulo sinusal y conducción auriculoventricular ya tendrá una aproximación diagnóstica. Con esto ya descarto múltiples patologías. Si no confirma con estos que padece una miocarditis y/o una disfunción del nódulo sinusal el Holter podría contribuir y descartaría pausas o taquiarritmias asociadas a la bradicardia como suele suceder.

¿Por qué plantear el tilt test? y ¿además incluirlo en la secuencia de estudios iniciales del paciente?

Para esto eco y directamente estudio electrofisiológico y prueba farmacológica con atropina, obviamente no planteo estos cuando aun no tengo los resultados de los estudios iniciales.

¿Qué le aportaría en el estudio inicial del síncope de este paciente el mismo?

No malentienda mi discordancia solamente planteo una secuencia de estudios con un criterio simplemente.

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

