

Joven vietnamita de 16 años con historia de "dificultades para despertarse" y que “no tiene fuerza para moverse” - 2011

Dr. Roberto Marin Sojo

Estimados amigos

Un joven de 16 años, vietnamita que estudia en Singapur ha venido a mi consulta en Ha Noi con historia de "dificultades para despertarse", aunque esta consciente de su entorno, no tiene fuerza para moverse (sic)

Durante el día practica deportes normalmente, es buen estudiante y se alimenta bien. No usa drogas, ni alcohol. Es un chico de clase alta vietnamita.

Visito un médico local vietnamita que le encontró una frecuencia cardíaca en reposo de 35 p/min y le prescribió Teofilina 100mg tid, que le incrementó en 3 días la frecuencia a 54p/min.

El Joven traía un Ecocardiograma considerado normal en todos sus aspectos, exámenes de laboratorio también normales, pero un Holter con 7% de extrasístoles supraventriculares y una Frecuencia cardíaca que osciló entre 37 y 48 p/min.

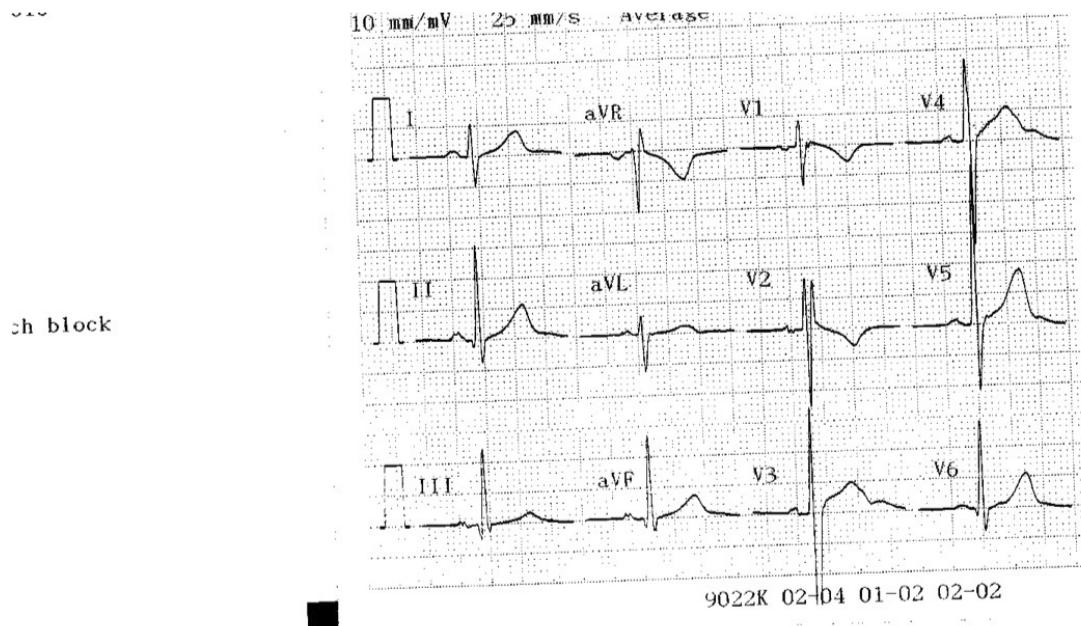
No tiene historia de síncopes, no tiene historia de Fiebre reumática, no se ha hecho pruebas de función tiroidea, aunque se las solicitó hoy día.

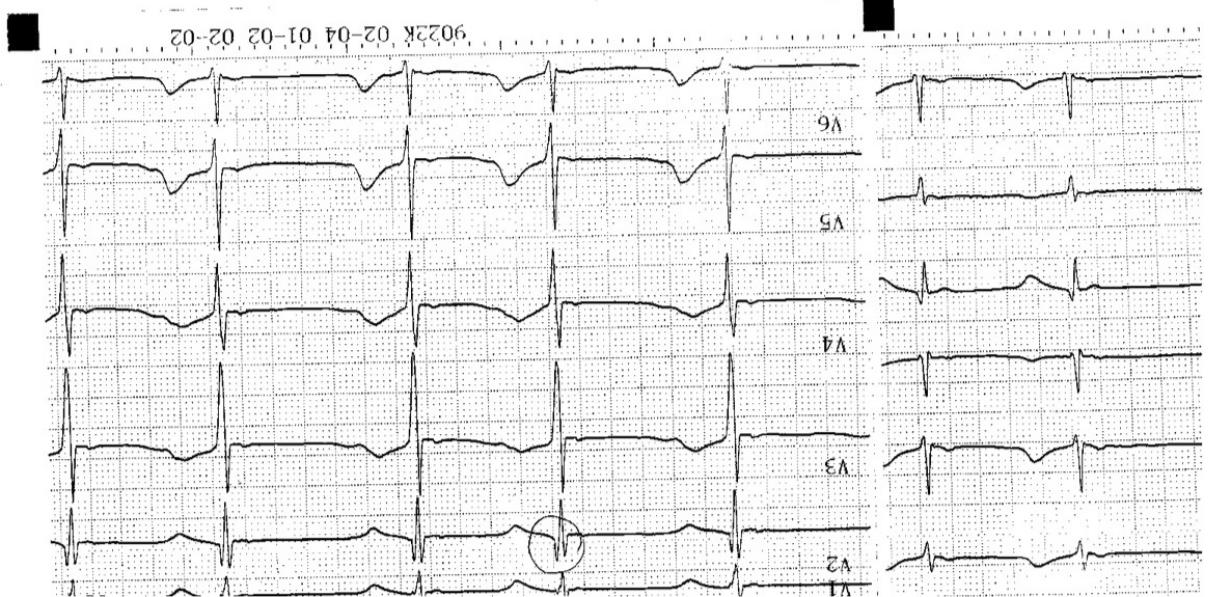
Envio el scan del último ECG y rogaría su ayuda, pues le han recomendado el implante de un marcapasso a nivel local.

Gracias

Roberto Marin Sojo

Ha Noi Viet Nam





OPINIONES DE COLEGAS

A mi humilde entender se trata de un ECG normal en un deportista. Tiene bradicardia sinusal, bloqueo incompleto de rama derecha y arritmia sinusal del tipo respiratorio (entre el 3º y 4º latido), hallazgos que habitualmente observamos en quienes practican deportes. De manera alguna indicaría marcapasos.

Me alegra mucho (y me sumo a quienes ya lo expresaron anteriormente) encontrar a un médico ejerciendo en Vietnam participando de este foro.

Los mejores augurios para el 2.011.

Luciano Pereira

Paraguay

Lo podria mostrar Parece que el comentario de no es lógico.

Thank in advance

Andres.

Não quero ser maníaco mais no Sudeste asiático a síndrome de Brugada é endêmica com uma prevalência estimada de 26-40 por 100,000 habitantes. Esta enfermidade é a primeira causa de morte entre homens jovens na Tailândia depois dos acidentes automobilísticos. Queria lhe perguntar ao colega que trabalha lá Dr Roberto Marin Sojo se na sua prática diária se há deparado com um significativo número de casos de “*sudden unexpected nocturnal death*”?

Os Vietnamitas Hmong refugiados da guerra que emigraram para USA na década del 70 tiveram varias mortes misteriosas

Thailand, LAI TAI, once believed to be linked to eating rice cakes, or the *phi am* or 'widow ghost' foraging the night for healthy young men. Prevalence is 26-40 per 100,000 population. Recent studies link SUDS in and to the Brugada syndrome.

Hmong of Vietnam, TSOB TSUANG - the 1970s, the coined the acronym SUND (sudden unexpected nocturnal death) and SUDS (sudden unexpected death syndrome) from reports of 38 mysterious deaths among Southeast Asian refugees, mainly from the Hmong of .

A case control study in the Ban Vinai refugee camp in northeaster revealed associations between sudden death in sleep and membership in the Green-

Hmong subgroup with a family history of sudden death and non-fatal sleep disturbances.

French Polynesia, SUDS cases attributed to Polynesian migration history from centuries ago. In a study of 150 men with a history of fainting, cardiac arrest, or an abnormal EKG. Of these, 32 were found to have the abnormal EKG pattern; in 6 of 11, ventricular fibrillation could be induced. 70 % had an older male relative who died unexpectedly in the night.

Japan, POKKURI — a SUDS misnomer, neither "sudden or unexpected," a ritual of the elderly Japanese who go on a winter pilgrimage to the pokkuri-dera (Buddhist temple of sudden death, the Kichi-denji Temple in Nara City). Not wishing to suffer or be a burden with an extended illness, they actually pray for a discrete and peaceful death while sleeping, to 'pokkuri,' to just "pop-off."

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Meu caro Dr Roberto

Parece-me que em V1 existe onda epsilon na porção final do QRS. Além do mais a inversão de T em V1-V3 associado à QRS em V2 > V6 sugerem DAVD.

Aguardaremos novas opiniões.

Raimundo Barbosa Barros

Coincido con el colega de Paraguay

A propósito de este caso.....le preguntaría al Dr Sclarovsky qué opina acerca de lo que sostienen algunos colegas , de que el BLOQUEO DE RAMA DERECHA DE BAJO GRADO (o incompleto) no deberíamos informarlo como tal, dada su característica tan próxima a la NORMALIDAD.

Atte

Gustavo Adamowicz

Dear Dr Andrés, voce não acha que este paciente deveria realizar uma RNM para afastar DAVD?

Raimundo Barbosa Barros

Coincido con el Dr Luciano a pesar de ser del sureste asiático ya comentado por el Maestro Perez Riera, en el ECG no hay signos de Sme de Brugada. No ha referido antecedentes familiares, ni historia de síncopes. Y sospechar ARVD por la sola presencia de bradicardia y realizar RMN con eco normal, no me convence tampoco (perdón prezado Dr Raimundo).

¿Le realizaron ergometría para observar la respuesta cronotrópica y ECG en el ejercicio?

Deportista longilíneo joven con bradicardia no encuentro ninguna indicación de marcapasos.

Saludos

Martin Ibarrola

Estimado Dr Marin Sojo .

No tengo mucha experiencia en asiáticos, pero ese ECG creo interpretarlo como un paciente con BS + BIRDHH con QTc normal y no aprecio onda Epsilon

Pienso que debería tratarse de una BS por predominio vagal y que debería practicársele :

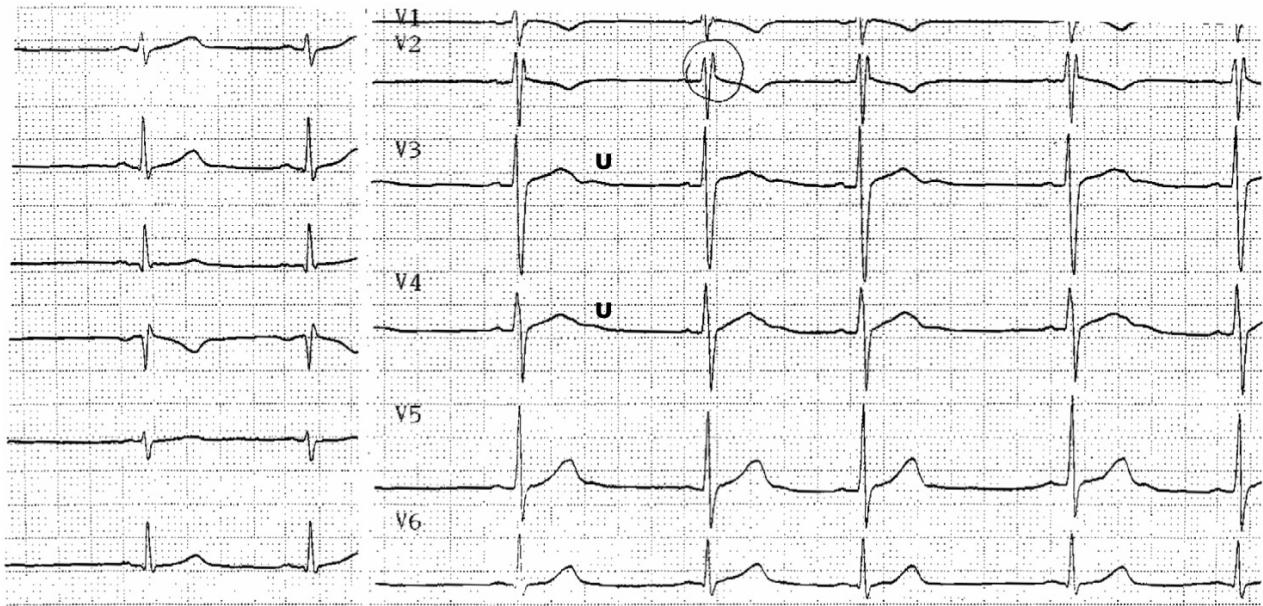
1.- Una prueba de Atropina y verificar si existe respuesta del NS (40 ugr/Kgr) con incremento de la FC > 90-95 x` y superar el 25-30% de su FC basal o hacer una prueba de esfuerzo y verificar competencia cronotrópica y aparición de síntomas con limitación de su capacidad de esfuerzo (no superar los 9 mets)

2.- **Bloqueo autonòmico dual : FCI = 118,1 – (0,57 * edad) (años)** Inderal 0.1-0.2 mgrs x Kgr lentamente IV en 1 min +

Atropina 40 microgr / Kgr lentamente IV en 1 min

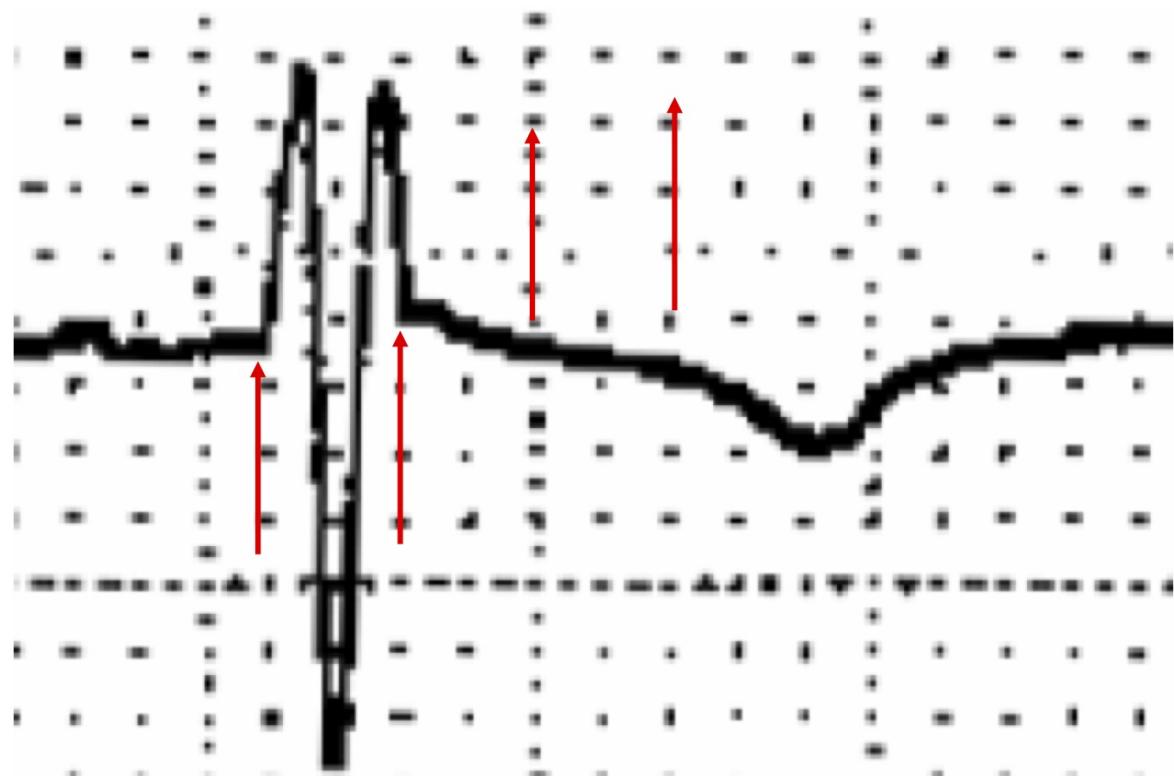
Antes de indicar marcapaso en este paciente .

Mauricio Rondon

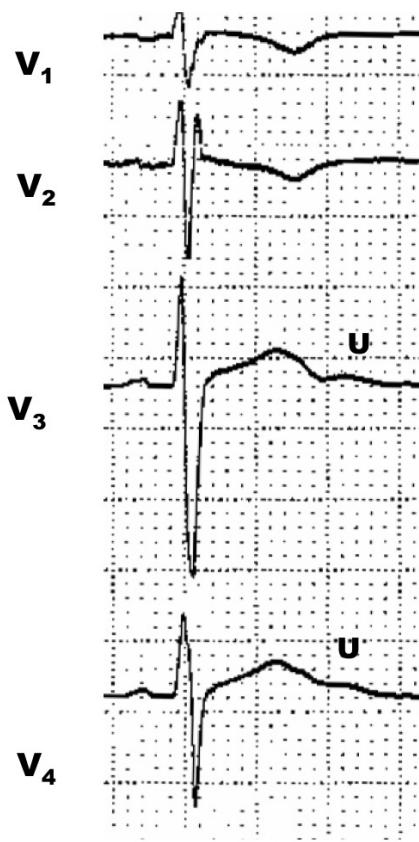


Sinus rhythm bradycardia, phasic sinus arrhythmia, HR between 53 to 60 bpm, QRS duration = 80 ms, QRS axis + 80°, triphasic pattern rSr' in V₂ (probably pseudo incomplete right bundle branch block), visible normal U wave. There are not epsilon wave

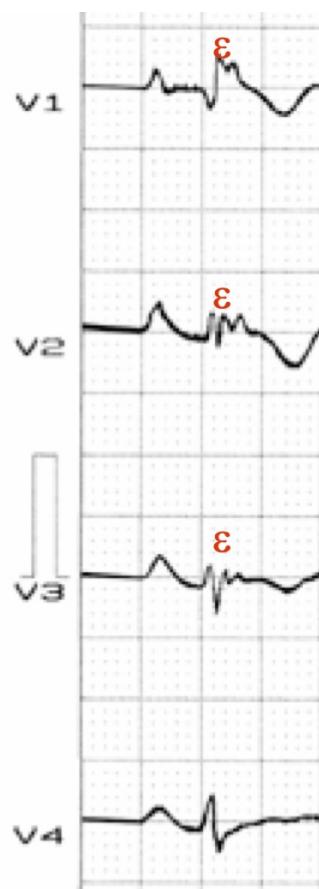
QRS duration = 80 ms very short for truly IRBBB



Triphasic pattern rSr' only in V_2 (probably pseudo IRBBB).



**Absent of epsilon wave
In the present case**



Here we show typical epsilon waves.

Conclusion: absolutely normal. But I recommend polysonograph study. Why? Because the strong epidemiology of this young man patient it is very important rule out the Sudden unexpected death syndrome (SUDS) or Sudden unexpected nocturnal death syndrome (SUNDS) is sudden unexpected death of adolescents and adults during sleep. SUDS was first noted in 1977 among Hmong Vietnamese refugees in the US. (has this patient 1; 2 The disease was again noted in Singapore, when a retrospective survey of records showed that 230 otherwise healthy Thai men died suddenly of unexplained causes between 1982 and 1990: 3 In the Philippines, SUDS affects 43 per 100,000 per year among young Filipinos. Most of the victims are young males. 4 SUDS has been cloaked in superstition. In Thailand it is particularly believed to be linked to eating rice cakes. Filipinos believe ingesting high levels of carbohydrates just before sleeping causes *bangungot*. It has only been recently that the scientific world has begun to understand this syndrome. Victims of *bangungot* have not been found to have any organic heart diseases or structural heart problems. However, cardiac

activity during SUDS episodes indicates irregular heart rhythms and VF. The victim survives this episode if the heart's rhythm goes back to normal. Older Filipinos recommend wiggling the big toe of people experiencing this to encourage their heart to snap back to normal. In the Philippines, most cases of *bangungot* have been linked with acute hemorrhagic pancreatitis by Filipino medical personnel although the effect might have been due to changes in the pancreas during post-mortem autolysis. In Thailand and Laos, *bangungot* (or in their term, sudden adult death syndrome is caused by the BrS.

1. Centers for Disease Control (CDC). Sudden, unexpected, nocturnal deaths among Southeast Asian refugees. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1981 Dec 4;30(47):581-4, 589.
2. Parrish RG, Tucker M, Ing R, Encarnacion C, Eberhardt M. Sudden unexplained death syndrome in Southeast Asian refugees: a review of CDC surveillance. MMWR CDC Surveill Summ. 1987 Feb;36:43SS-53SS
3. Goh KT, Chao TC, Chew CH. Sudden nocturnal deaths among Thai construction workers in Singapore. Lancet. 1990 May 12;335(8698):1154.
4. Gervacio-Domingo G, Punzalan FE, Amarillo ML, Dans A. Sudden unexplained death during sleep occurred commonly in the general population in the Philippines: a sub study of the National Nutrition and Health Survey. J Clin Epidemiol.

2007 Jun;60:567-571.

Apesar que a pregunta no fue dirigida a mi persona te doy mi respuesta.
Entiendo esta preocupación ¿Cuántas veces uno recibe casos de BIRD inocentes que son enviados por otros colegas no cardiólogos por que tienen un laudo de BIRD en el ECG.?

Este hecho deja al paciente aprensivo inútilmente.

Mas no podemos omitir este diagnóstico porque en ocasiones el BIRD tiene

un significado clínico subyacente.

No concuerdo con eliminar el diagnóstico por el hecho que en el 97% de los casos corresponda a una variante da normalidad.

Si quieres entender en profundidad este dilema te envío un manuscrito que lo esclarece.

Me envías a mi e-mail personal

riera@uol.com.br

y yo te loenvio

Andres.R Pérez Riera

Prezadodr. Marín-Sojo:

Querido conterrâneo

2011 bem feliz a você e família e parabéns pela coragem e despreendimento de servir em um país distante. Repito o diagnóstico de BS, BIRD, e arritmia sinusal. quanto as suas queixas clínicas me parecem não cardiológicas e da esfera psico emocional.

Que continue no desporto.

Adail - Bahia – Brasil

Estimado Dr. Marín-Sojo

Felice 2011 para usted e familia e congratulaciones por su coragen e disposición de ir a servir en un país tan distante. El ECG me parece con una

rasil Bradicardia sinusale, bloqueo incompleto del Haz derecho e Arritmia sinusale.

que siga en el desporto.

Adail - Bahia – Brasil

Tratando de aportar a lo mencionado por el Dr Adail lo que padece el paciente se denomina mutismo aquinético, se puede encontrar en diferentes afecciones neurológicas (sme de enclaustramiento por ejemplo), de forma transitoria en epilepsias y estados psiquiátricos, estados iniciales de las demencias, depresión y en esquizofrénicos. Debería realizarse una polisomnografía con EEG, y estudios de imágenes cerebrales. Y ser evaluado por un especialista.

Saludos cordiales a todos y feliz 2011.

Martin Ibarrola

Clinical and Research Report

Episodically Remitting Akinetic Mutism Following Subarachnoid Hemorrhage

John W. Burruss, M.D. and Ranjit C. Chacko, M.D.

Catatonia: Subtype or Syndrome in DSM?

Max Fink, M.D., and Michael Alan Taylor, M.D. Am J Psychiatry 163:1875-1876, November 2006

doi: 10.1176/appi.ajp.163.11.1875

http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/163/11/1875?ijkey=fb65d51b808b741c73e9068213ae63595f5b4843&keytype2=tf_ipsecsha

