

R12. Tratamiento Médico del Síncope Neurocardiogénico

Gabriel Rodríguez, Vivien Araya G, Juan C Elizondo U, Eduardo Sáenz M, Mario Speranza. UNIBE, Instituto del Corazón e I.C.A.C., San José-Costa Rica.

La utilidad de la prueba de inclinación (PI) en el diagnóstico del síncope neurocardiogénico (SNCG) está bien demostrada. Aunque aún se discute sobre el mejor manejo de los pacientes con SNCG, en la mayoría de los casos existe el consenso de iniciar tratamiento médico cuando la PI se detecta positiva (+). Con el objetivo de evaluar en nuestro medio la respuesta terapéutica en estos casos, se hizo un seguimiento a 6 meses de 30 pacientes con una PI (+) para SNCG. De ellos 16 (53%) fueron mujeres y 14 (47%) hombres. La edad promedio fue de 36 años. La PI fue (+) en fase I (sin isoproterenol) en 6 casos (20%) y en fase II (con isoproterenol) en 24 (80%). El tipo de respuesta fue vasodepresora (disminución de la presión arterial en 20-30% del valor previo) en 18 casos (60%), cardioinhibidora (disminución de la frecuencia cardíaca mayor de 20% con respecto a la previa) en 1 caso (3%) y hubo una respuesta mixta (combinación de ambas) en 11 casos (37%), con reproducción de la misma sintomatología clínica en los 30 pacientes. A todos ellos se les inició tratamiento médico: Beta bloqueadores a 21 pacientes (70%), Verapamil a 4 pacientes (13%), Disopiramida a 2 (7%), Akrinor a 3 (10%). En todos los casos se les dio indicaciones generales sobre medidas preventivas tales como evitar: estados de deshidratación, exposición a calor importante, conglomerados de personas, dietas muy restringidas en sal y reconocimiento de síntomas premonitorios. Durante el seguimiento a 6 meses, 3 pacientes (15%) de los tratados con beta bloqueadores suspendieron el tratamiento: 2 de ellos por intolerancia y uno por encontrarse asintomático aún sin él. La sintomatología clínica desapareció en 22 pacientes (73%), disminuyó en frecuencia e intensidad en 5 (17%) y persistió en 3 casos (10%).

Conclusiones: El SNCG es adecuadamente detectado mediante la PI en mesa basculante. El tratamiento médico en conjunto con algunas medidas generales preventivas y el efecto psicológico positivo que produce en el paciente el saber la causa de su problema, mostró buenos resultados en esta serie.

Notas: _____

R13. Utilidad de la Prueba de Inclinación "Tilt Test" en la Evaluación de Pacientes con Síncope: Experiencia Inicial en Costa Rica

Vivien Araya G, Juan C Elizondo U, Eduardo Sáenz M, Mario Speranza S, Gabriel Rodríguez. Instituto del Corazón, UNIBE e I.C.A.C., San José-Costa Rica.

El síncope recurrente es un trastorno clínico frecuente. Hasta hace poco, en muchos casos a pesar de un adecuado estudio no se lograba encontrar la causa exacta. Con la introducción de las pruebas de reto ortostático en mesa basculante (tilt test) o prueba de inclinación (PI) se determinó que en muchos de estos casos se podía reproducir la sintomatología clínica asociada ya sea a disminución en la presión arterial (PA), disminución en la frecuencia cardíaca (FC) o combinación de ambas, denominándose PI positiva (+) y constituyendo una entidad clínica conocida como síncope neurocardiogénico (SNCG). El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia inicial con la PI en Costa Rica. Se evaluaron 37 pacientes, 19 hombres (51%) y 18 mujeres (49%), con una edad promedio de 39 años. Los síntomas principales antes de la PI fueron síncope (53%), pre-síncope (42%), náuseas (15%), debilidad (10%), mareos (8%). La PI se llevó a cabo en 2 fases: Fase I: 20 minutos de inclinación a 80 grados, con monitoreo continuo de la PA y electrocardiograma (EKG). Fase II: 20 minutos de inclinación a 80 grados en iguales condiciones y agregando infusión de isoproterenol a dosis incremental entre 1 y 4 ugs por minuto. Se consideró una PI (+) para SNCG si en cualquier momento de una u otra fase se presentó: a) respuesta vasodepresora (RVD), disminución de la PA sistólica en 30 mmHg o caída de 20 a 30% en relación a la inmediatamente previa; b) respuesta cardioinhibidora (RCI), disminución de la FC mayor de un 20%; c) respuesta mixta (RM), combinación de ambas. Las PI fueron (+) en 30 casos (81%) y negativas (-) en 7 (19%). De las PI (+), 6 (20%) ocurrieron en la fase I y 24 (80%) en la fase II. El promedio general de duración de la PI fue de 27 minutos. El tipo de respuesta fue: RVD en 18 casos (60%), RCI en 1 (3%) y RM en 11 (37%), con reproducción de la misma sintomatología clínica en los 30 pacientes. Los hallazgos más frecuentes en el EKG en el momento de positividad de la PI fueron: taquicardia sinusal (58%), ritmo nodal (27%), bradicardia sinusal (5%), paro sinusal (5%). No se presentó ningún tipo de complicación durante las PI.

Conclusiones: En pacientes con síncope de causa no clara, debe tenerse en mente la posibilidad de un SNCG, cuyo diagnóstico es relativamente fácil mediante una PI. El uso del isoproterenol es seguro si se seleccionan bien los pacientes y aumenta significativamente la sensibilidad de la PI.

Notas: _____

R14. Utilidad del dinitrato de isosorbide sublingual en el diagnóstico de Síncope neurocardiogénico durante el test de mesa basculante

Oswaldo Gutiérrez, Ana María Vergara-Dwight V

Introducción: Es conocida la utilidad del test de mesa basculante (TMB) para el diagnóstico de síncope neurocardiogénico. Sin embargo, la sensibilidad (S) de esta prueba es relativamente baja, por lo que frecuentemente se requiere estímulo farmacológico para incrementarla. Este estudio investigó la utilidad y seguridad del dinitrato de isosorbide sublingual (DNI-SL) en este grupo de pacientes.

Material y métodos: Se incluyeron, consecutivamente, pacientes (P) con historia de por lo menos un episodio de síncope neurocardiogénico según historia clínica, a quienes se realizó el TMB con el siguiente protocolo: 15 minutos iniciales en decúbito dorsal luego de lo cual se coloca al P en posición de pie pasiva, a aproximadamente 65-70 grados, con control de frecuencia cardíaca, presión arterial y electrocardiograma cada minuto. Se consideró un resultado positivo si el P presentaba sintomatología similar a los episodios espontáneos que se correlacione con caída de la presión arterial sistólica a menos de 90 mmHg y/o de la frecuencia cardíaca a menos de 40 latidos/min. Si transcurridos 20 minutos de posición de pie pasiva no se presentaban dichos cambios, se administró 5 mg de DNI-SL y se continuó el monitoreo durante 20 minutos más, momento en que se concluía el examen. Se consideró negativo un resultado si no se presentaban síntomas o aparecieran hallazgos propios de la administración de DNI-SL como hipotensión arterial con taquicardia refleja. Se excluyeron a los P con síncope no neurocardiogénico, lipotimia como único síntoma, factores que podrían influenciar los resultados (deshidratación, fármacos, enfermedades sistémicas) o cardopatía con uso previo de nitratos.

Resultados: Se estudiaron 13 pacientes, 10 mujeres y 3 varones, con edad media de $38,5 \pm 20,45$ años (rango 9-71). Una P fue excluida del análisis por presentar náuseas y malestar general luego de la administración de DNI-SL sin correlación hemodinámica. De los 12 restantes, el TMB fue positivo en 3 antes de cumplidos los 20 minutos ($x=14,6 \text{ min} \pm 4,61$). En los otros nueve se administró DNI-SL, siendo el TMB positivo en 5 ($x=31,6 \text{ min} \pm 3,41$). Tres P presentaron taquicardia sinusal e hipotensión arterial con síncope, interpretados como por efecto farmacológico. La S del método utilizado DNI-SL fue 75%, comparada a 25% del TMB a los 20 minutos de iniciado.

Conclusión: Se concluye que el DNI-SL como estímulo farmacológico en el TMB es seguro e incrementa significativamente su S en los P con síncope neurocardiogénico.

Notas: _____

R15. Eficacia y seguridad del d,l Sotalol en el tratamiento ambulatorio de pacientes con fibrilación atrial y flúter atrial: Estudio piloto mexicano del Sotalol

Flory Cruz C, Pedro Iturralde T, Eva Picos B, Oscar Infante V. Departamento de Electrofisiología del Instituto Nacional de Cardiología. México-D.F.

Se realizó un estudio piloto, prospectivo, comparativo, experimental, longitudinal y abierto en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" (INCICH), en pacientes portadores de fibrilación atrial (FA) y/o flúter atrial (FLA), quienes se trataron con sotalol por vía oral. El objetivo principal del estudio fue evaluar la eficacia del sotalol oral para cardiovertir farmacológicamente la FA y/o FLA a ritmo sinusal (RS) y prevenir las recurrencias de estas arritmias. El principio metodológico se basó en el seguimiento clínico y electrocardiográfico. Se realizó un seguimiento de mayo de 1996 a julio de 1997, con una población de 200 enfermos. Se formaron dos grupos: Grupo A: portadores de FA y Grupo B: portadores de FLA. Ambos grupos incluyeron pacientes con episodios paroxísticos y crónicos y con diversas cardiopatías de fondo. Todos los enfermos llenaron los criterios para su inclusión en el estudio y consintieron para utilizar sotalol oral como tratamiento de su arritmia. En cada consulta se examinó al paciente y se le tomó un electrocardiograma (ECG); cuando fue necesario, se realizó holter, prueba de esfuerzo (PE) y/o estudio electrofisiológico (EEF). Los resultados estadísticos se obtuvieron con métodos descriptivos e inferenciales (t de students pareada y chi cuadrada). Se definió como éxito total la cardioversión farmacológica y el mantenimiento en ritmo sinusal durante el período de seguimiento, éxito parcial como el control de la respuesta ventricular media y/o de los episodios de paroxismo sin reversión de la arritmia y fracaso, ninguno de los anteriores. La dosis oral óptima por kilogramo de peso ideal para obtener el mejor efecto antiarrítmico se estableció en 80 mg cada doce horas. En el seguimiento se perdieron 21 enfermos. Hubo 179 pacientes, 54% femeninos y 46% masculinos, con edad promedio de 47 ± 16 años (rango de 7 a 79 años). El 82% permaneció en clase funcional (CF) I (clasificación de New York Heart Association). El 82% tuvo una cardiopatía asociada (hipertensiva, reumática, congénita, isquémica y otros) y el 18% restante tuvo un corazón estructuralmente sano. Hubo 37,5% de FA crónico (FAC), 23,5% de FA paroxístico (FAP), 31% de FLA crónico (FLAC) y 8% de FLA paroxístico (FLAP). El 79% de la población tenía más de un año con arritmia. Más del 95% de la población había ensayado por lo menos un esquema antiarrítmico previo sin resultado favorable antes de iniciar el sotalol oral. El diámetro del atrio derecho fue de 37 ± 7 mm, del atrio izquierdo de 44 ± 10 mm, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo de $58 \pm 8\%$. Se obtuvo éxito total (ET) en 58% de la población, éxito parcial (EP) en el 38% y sólo 4% de fracaso (F). Entre las complicaciones (menos del 1%) se menciona: broncoespasmo, insuficiencia cardíaca, alteraciones psiquiátricas, insomnio, desenmascaramiento de enfermedad del nodo sinusal. Se concluye que el sotalol es un método terapéutico seguro, eficaz, barato y alternativo a otros antiarrítmicos en la cardioversión farmacológica de fibrilación y/o flúter atriales a ritmo sinusal y en el mantenimiento del mismo. Una observación importante es que organiza y convierte la FA a FLA; el cual puede ser susceptible de ablación con radiofrecuencia (RF). El sotalol oral coadyuva en el manejo del FLA de difícil manejo, aún en casos con ablación con RF fallida y FLA de difícil control médico en el post-operatorio de cirugía cardíaca.

R16. Primer implante de un cardiodesfibrilador en Costa Rica

Vivien Araya G, Flory Cruz C, Rolando Cruz G, Allan Lanzoni R, Eleazar Campos, Gilberth Vásquez E. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. C.C.S.S. San José. Costa Rica.

Se presenta de una paciente femenina de 57 años de edad, portadora de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo con levotiroxina. Inició con síncope a repetición a partir de noviembre de 1997 hasta enero de 1998, documentándose por monitoreo Holter de 24 horas una taquicardia ventricular monomórfica sostenida (TVMS) durante el segundo episodio sincopal. La TVMS mostró morfología de bloqueo de rama derecha del haz de His, con una longitud de ciclo de 280 ms y eje eléctrico no determinado. A partir de este episodio se le inició tratamiento médico antiarrítmico con amiodarona a dosis de 200 mg. al día. Sin embargo, persistió con extrasístoles ventriculares frecuentes, monomórficas, con formas repetitivas: dupletas y taquicardia ventricular monomórfica no sostenida (TVMNS). El ecocardiograma de stress mostró un corazón estructuralmente normal, sin evidencia de isquemia miocárdica. En el electrocardiograma de alta resolución se encontró la presencia de potenciales tardíos positivos, con un análisis espectral de QRS anormal. Tres meses después de iniciada la amiodarona, presentó un bloqueo atrio ventricular completo; por lo cual se le implantó un marcapaso (MCP) bicameral en modo DDD. Debido a la persistencia de arritmia ventricular maligna, se decidió el implante de un cardiodesfibrilador. Dicho procedimiento se llevó a cabo bajo sedación, a través de la punción de la vena subclavia izquierda bajo control fluoroscópico. Se implantó un dispositivo Medtronic, modelo Microjewel I (7221) y electrodo Sprint (6943). Se confirmó con varios interrogatorios que no existía interferencia entre el ICD y el MCP, posteriormente se midieron los umbrales agudos; una vez que fueron adecuados se fijó el electrodo y se programó el ICD con 6 terapias de cardioversión y otras 6 de desfibrilación, además de activar la función de marcapaso del ICD en modo VVI. Se fijó el ICD y se cerró por planos hasta piel. Se finalizó el procedimiento en forma exitosa y sin complicaciones.

Métodos de Diagnóstico Resúmenes del 17 al 20

Notas: _____

