

# Síncope por paro sinusal

**A. SOCAS\*, C. CROXATTO, S. PALMA, S. DUBNER**

Servicio de Cardiología. CIM-Sanatorio Güemes, Buenos Aires

\* Para optar a Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

Trabajo recibido para su publicación: 2/92. Aceptado: 3/92

*Dirección para separatas:* Dr. Ariel Socas, Córdoba 3858, 4º "M", (1188) Buenos Aires, Argentina

Los síncope de origen cardiovascular pueden deberse a numerosas etiologías y su pronóstico y evolución están íntimamente ligados a su fisiopatogenia y patología de base. En personas jóvenes, sin cardiopatía demostrable, el diagnóstico más frecuente es el síncope vasovagal. No obstante nunca debe obviarse una evaluación exhaustiva de otros posibles mecanismos frente a episodios iterativos.

Una joven de 13 años presentaba antecedentes de numerosos episodios fugaces de pérdida de conocimiento, con pródromos y habitualmente relacionados con situaciones displacenteras. El examen físico era totalmente normal y su electrocardiograma no mostró alteraciones, trastornos de conducción, preexcitación ni arritmias. La radiografía de tórax y el ecocardiogra-

ma no revelaron anomalías. Se efectuó un electrocardiograma ambulatorio de 24 horas, y pocos minutos luego de la colocación del grabador la paciente refirió mareos, náuseas, presentando bruscamente un episodio sincopal acompañado de convulsiones tónico-clónicas, que cedieron espontáneamente. El pulso era filiforme y taquicárdico después del episodio. Este cuadro se repitió cuatro veces en las dos horas siguientes, lo que motivó su internación en guardia para observación. Los episodios desaparecieron sin medicación y no volvieron a repetirse.

El Holter reveló la presencia de arritmia sinusal marcada, bradicardia sinusal y asistolia de poco más de 18 segundos de duración, sin latidos de escape, precediendo a los síntomas. Las

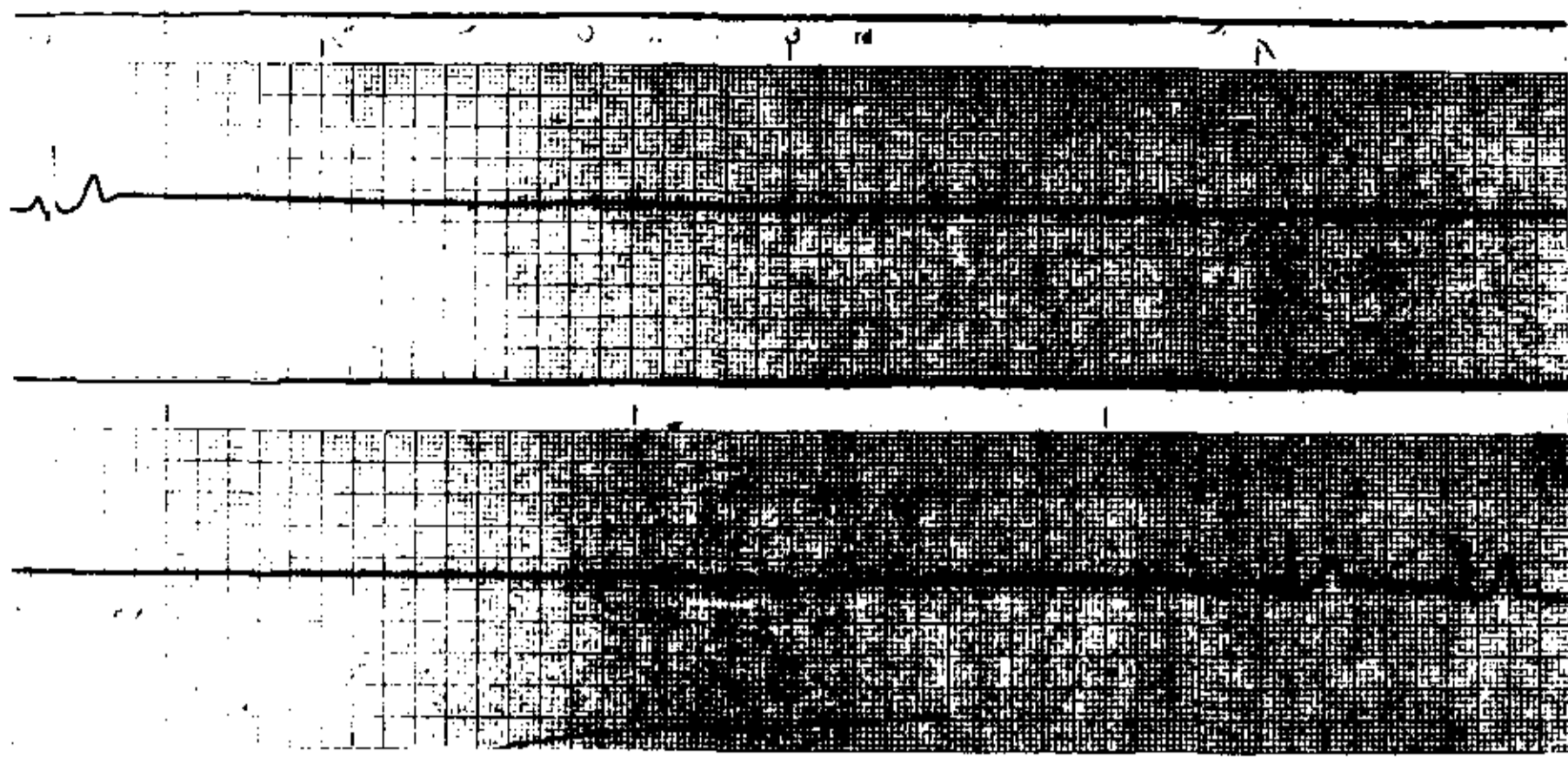


Figura 1

Figuras 1 y 2 muestran los episodios de asistolia registrados en el Holter. En la Figura 1 se observa bradicardia sinusal, asistolia de 18.120 mseg de duración y nuevamente la bradicardia sinusal. En la Figura 2 se muestran dos episodios de asistolia de 2.860 y 3.880 mseg respectivamente, que preceden a otro de 14.160 mseg. Todos se presentaron sobre un ritmo bradicárdico y no se observaron latidos de escape.

El estudio electrofisiológico realizado una semana después de su internación no mostró anomalías y en el Tilt Test la paciente repitió el síncope con una respuesta exclusivamente vasopresora que no pudo ser evitada con sobreestimulación auricular.

## DISCUSION

Las pérdidas de conocimiento en personas jóvenes sin cardiopatía orgánica demostrable se deben generalmente a síncope vasovagales; entre las causas infrecuentes se hallan la asistolia y fibrilación ventricular.<sup>1</sup>

El síncope es un problema médico común, representando el 1% de las admisiones hospitalarias y el 3% de las consultas a salas de guardia.

Pueden considerarse tres grandes grupos etiológicos: de causa cardíaca, no cardíaca y desconocida. Analizando el primer grupo se destacan las bradiarritmias; en pacientes sin cardiopatía demostrable se ha descrito la bradicardia sinusal, enfermedad del nodo sinusal y el bloqueo auriculoventricular por hipertono vagal. Estos pueden expresarse por asistolia de duración variable; según los trabajos de la literatura varían desde 3 a 20 segundos.<sup>2</sup>

En el diagnóstico de estos episodios ocupa un rol central el monitoreo electrocardiográfico ambulatorio (Holter), que según las series aclara la etiología hasta en un 22% de los casos. El presente caso fue diagnosticado por este método; en caso de no lograrse se puede utilizar el

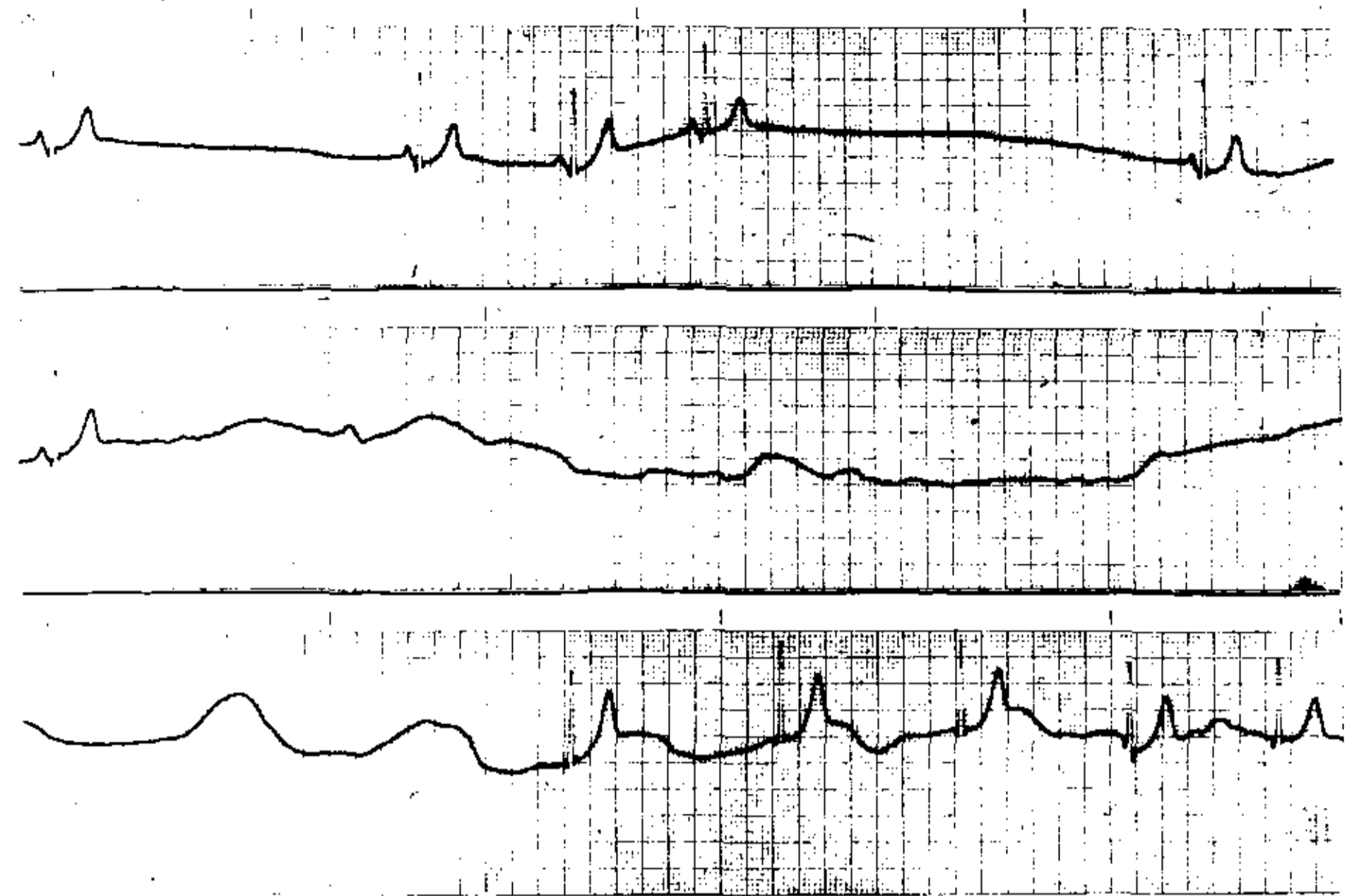


Figura 2

registro prolongado del *loop-recorder*, permitiendo éste el monitoreo durante un período de meses y a bajo costo.<sup>3</sup>

Entre las causas no cardíacas se destaca el síndrome vasovagal o vasodepresor, referido como la causa más común, responsable del 40% al 50% de los casos. Existe una forma de este síncope, llamada maligna. En esta entidad la bradicardia que caracteriza a la forma habitual se expresa en su forma extrema como asistolia. Existen casos publicados en forma aislada de asistolia postejercicio en pacientes jóvenes sin cardiopatía demostrable; inicialmente se consideró que estos cuadros podrían deberse a una reacción vagal excesiva luego del ejercicio.<sup>4</sup>

En la literatura hay pocos casos publicados de asistolia no vinculada con el ejercicio. Milstein y colaboradores consideran que podría tratarse de una manifestación extrema, mediada neurológicamente, del síndrome de hipotensión-bradicardia.<sup>5</sup>

En síntesis, el caso presentado por nosotros corresponde a una paciente de 13 años de edad, sin cardiopatía, con síncope repetitivos. El registro de Holter reveló que los episodios sincopales se correspondieron con asistolia, de 18 segundos. La respuesta observada en el Tilt Test, la imposibilidad de evitar el síncope con sobreestimulación auricular y el tiempo de recuperación del nódulo sinusal normal, nos hacen pensar que podría tratarse de un caso de hipotensión-bradicardia en su manifestación extrema, la asistolia.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Dubner SJ, Gimeno G, Elenkwajg BJ et al: Ventricular fibrillation in the absence of heart disease. *Am Heart J* 1983; *105*: 691-693.
2. Kapoor W: Evaluation an outcome of patients with syncope. *Medicine* 1990; *69*: 160-175.
3. Linzer M: Syncope 1991. *Am J Med* 1991; *90*: 1-5.
4. Huycke E, Card H, Sobol S et al: Post-exertional cardiac asystole in a young man without organic heart disease. *Ann Inter Med* 1987; *106*: 844-845.
5. Milstein S, Buetikofer J, Lesser J et al: Cardiac asystole; a manifestation of neurally mediated hypotension-bradycardia. *JACC* 1989; *14*: 1626-1632.