

Diagnóstico etiológico de síncope convulsivo debido a una aurícula izquierda grande

Etiological convulsive syncope diagnosis as from a left big auricle

Rodolfo Vega Candelario^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-4459-8350>

¹Hospital Provincial Docente “Roberto Rodríguez Fernández”. Ciego de Ávila, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rvc_50@infomed.sld.cu

Recibido: 24/02/2020

Aprobado: 09/03/2020

Hombre de 43 años, trabajador agrícola y sin hábitos tóxicos. Presentó una clase funcional I, según *New York Heart Association*.

Se estudió, durante seis meses, por pérdida de conciencia y convulsiones recurrentes. Fue ingresado, frecuentemente, en terapia intensiva. Los estudios de hematología, electroencefalograma y tomografía contrastada de cráneo resultaron normales.

Examen físico-respiratorio: murmullo vesicular normal, ausencia de estertores, frecuencia respiratoria (16 resp./min.).

Examen físico-cardiovascular: precordio normal, pulso arterial de buena amplitud e intensidad en 4 miembros, pulso venoso yugular normal, hepatomegalia (de 2 cm, lisa y dolorosa), reflujo hepatoyugular.

Los ruidos cardiacos fueron rítmicos. Al analizar los componentes del ciclo cardiacos se comprobó: segundo ruido con el componente pulmonar (P2) muy intenso, ausencia de soplos en precordio y en vasos del cuello, arrastre diastólico intenso, pero de corta duración en región interescapulovertebral izquierda.

La presión arterial fue de 100/60 mmHg, y la frecuencia cardiaca de 96 latidos/min.

Hubo ausencia de edemas.

Electrocardiograma: ritmo sinusal, P mellada de duración >24 milisegundos, eje QRS +150°.

Telecardiograma: doble contorno en silueta cardiaca en vista anteroposterior, bronquio izquierdo elevado en vista oblicua anterior izquierda (signo de la bailarina).

Ecocardiograma doppler a color transtorácico: aurícula izquierda (AI) grande por estenosis mitral crítica, hipertensión pulmonar grave (64 mmHg), insuficiencia cardiaca derecha y fracción de eyección ventricular izquierda de 41 % (Fig. 1).

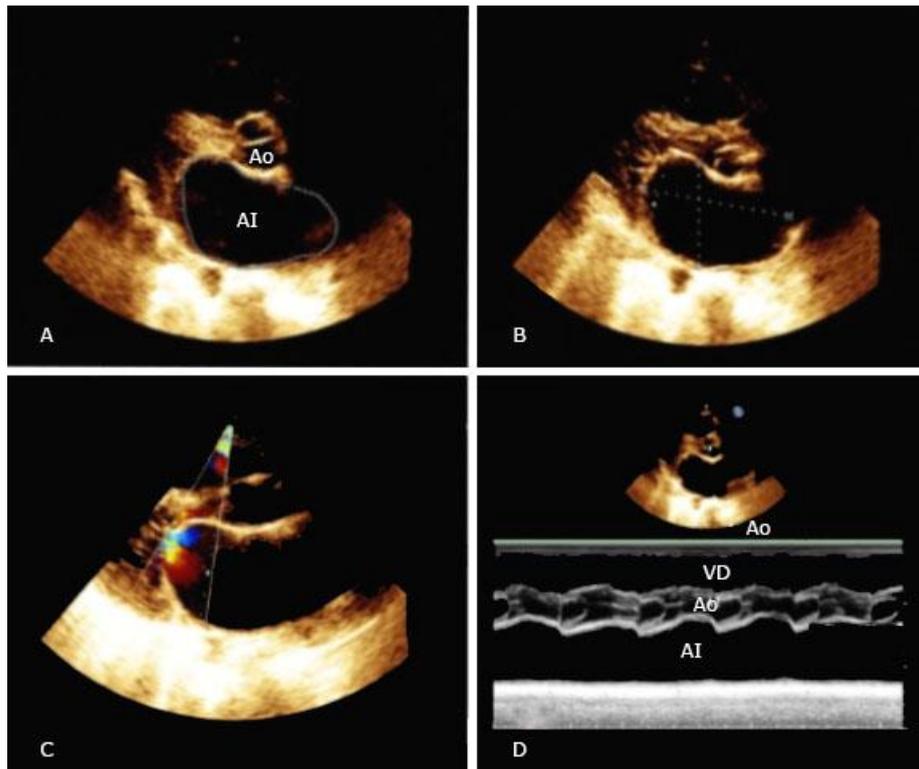


Fig. 1 - Imagen ecocardiográfica de aurícula izquierda. Tamaño grande por estenosis mitral crítica. A) Vista paraesernal izquierda (eje largo). A nivel de aurícula y raíz aórtica se encontró un área de la aurícula izquierda (AI) de 31,6 cm². B) Aurícula izquierda grande (78,3 mm X 50,9 mm) y deformada. No apertura de válvula mitral; área valvular mitral de 0,254 cm². C) Doppler color: turbulencia y dificultad, casi total, del paso de sangre a través de válvula mitral, con orificio valvular muy pequeño en el eje corto (AVM de 0,254 cm²). D) Imagen modo bidimensional y monodimensional a nivel de la aurícula izquierda.

El interés de este caso radica en el tamaño aumentado de la AI, sin síntomas cardiovasculares ni respiratorios. Es cada vez más raro encontrar una AI grande sin diagnóstico etiológico. Esto se debe un mejor tratamiento de las infecciones en la infancia (estreptococo beta hemolítico del grupo A), al desarrollo de las técnicas diagnósticas y al mayor y mejor acceso a la asistencia médica.

El paciente recibió tratamiento médico con 150 mg diarios de sildenafil. Posteriormente, se le realizó sustitución valvular mitral sin complicaciones. Después de la intervención quirúrgica, se eliminaron las convulsiones. Se interpretó que la estenosis mitral crítica ocasionó disminución del llenado ventricular izquierdo y del gasto cardiaco, acentuado por

la hipertensión pulmonar grave e insuficiencia cardiaca derecha. Ello dio lugar a una disminución del flujo sanguíneo cerebral, que ocasionó síncope repetitivos.^(1,2,3,4,5)

El mecanismo común del síncope es una alteración transitoria del flujo sanguíneo cerebral, que provoca una disminución momentánea del metabolismo cerebral, con afectación del sistema reticular ascendente y la corteza. El síncope por estenosis mitral no aparece reportado en la literatura.^(1,2,3,4,5)

Referencias bibliográficas

1. Falk V, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm H, Lung B, et al. Guía ESC/EACTS 2017 sobre el tratamiento de las valvulopatías. Rev Esp Cardiol. 2018 [citado: 17/02/2018];71(2):110.e1-e47. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893217308096>
2. Moreno Martínez FL, Gómez Guindal JA, Vázquez Quintero CJ. Aurícula Izquierda gigante. CorSalud. 2018 [citado: 17/02/2018];10(4):328-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cs/v10n4/2078-7170-cs-10-04-328.pdf>
3. Edwards FH, Cohen DJ, O'Brien SM. Committee of the Society of Thoracic Surgeons/American College of Cardiology Trans catheter Valve Therapy Registry. Development and validation of a risk prediction model for in-hospital mortality after trans catheter aortic valve replacement. JAMA Cardiol. 2016 [citado: 06/01/2020];1(1):46-52. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2499814>
4. Pugh ME, Sivarajan L, Wang L, Robbins IM, Newman JH, Hemnes AR. Causes of pulmonary hypertension in the elderly. Chest; 2014 [citado: 12/05/2019];146 (1):159-66. Disponible en: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)48760-4/pdf](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)48760-4/pdf)
5. Sitbon O, Channick R, Chin KM, Frey A. Selexipag for the Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension. N Engl J Med. 2015 Dec 24 [citado:12/05/2019];373(26):2522-33. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1503184?articleTools=true>

Conflicto de interés

No existen conflictos de intereses.