



SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – PRESENTACIÓN DE CASOS

Síncope inducido por tos: no siempre es situacional

Handerson R. Osma-Charris^a, Camilo J. Escobar-Castaño^a, Tatiana M. Urquijo-Rocha^b
y Guillermo Mora^{a,c,*}

^a Departamento de Medicina Interna, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^b Hospital Universitario Mayor Méderi, Bogotá, Colombia

^c Instituto de Cardiología - Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, Colombia

PALABRAS CLAVE

Tos;
Síncope;
Bloqueo
atrioventricular

KEYWORDS

Cough;
Syncope;
Atrioventricular block

Resumen El síncope representa un motivo de consulta relativamente frecuente en los servicios de urgencias. Se ilustra el caso de un hombre de 67 años que ingresó a urgencias con síncope secundario a bloqueo aurículo-ventricular de tercer grado, que se manifestó posterior a múltiples paroxismos de tos. Se discuten los diferentes mecanismos que explican esta relación poco común.

© 2017 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cough-induced syncope: not always situational

Abstract Syncope is a relatively common reason for consultation in emergency departments. The case is presented of a 67 year-old male who was admitted to the emergency department with syncope secondary to a third degree atrioventricular block, which subsequently presented with multiple paroxysms of cough. The different mechanisms that explain this rare combination are discussed.

© 2017 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gmorap@unal.edu.co (G. Mora).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2017.06.002>

0120-5633/© 2017 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Osma-Charris HR, et al. Síncope inducido por tos: no siempre es situacional. Rev Colomb Cardiol. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2017.06.002>

Introducción

El síncope constituye un motivo de consulta relativamente frecuente en el ámbito intrahospitalario, representando hasta el 3% de los ingresos por urgencias¹. Cualquier alteración que conlleve hipoperfusión cerebral autolimitada produce síncope². Diversos mecanismos se asocian a esta situación y se clasifican en tres categorías: neuralmente mediado, ortostático y cardiogénico, cada una de estas con diversas etiologías^{2,3}. Dentro de los neuromediados se incluye el síncope situacional, definido como aquel desencadenado por algunos eventos fisiológicos, tales como tos, estornudos, deglución, dolor visceral, micción, entre otros³. Se presenta el caso de un paciente con síncope inducido por bloqueo aurículo-ventricular (AV) completo de origen multifactorial desencadenado por tos, y se discuten los posibles mecanismos que explican esta relación poco común.

Caso

Paciente masculino de 67 años, quien consultó por cuadro clínico de dos semanas de evolución consistente en tos, inicialmente seca y posteriormente con expectoración mucopurulenta desde dos días previos al ingreso. Adicionalmente, refirió cuatro episodios de síncope asociados a salvas de tos. No había tenido episodios previos, negaba ortopnea, disnea paroxística nocturna, dolor torácico y su clase funcional era II/IV. Tenía antecedente de EPOC, síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño en plan de titulación del CPAP, trastorno depresivo mayor, portador de bioprótesis valvular aórtica desde hacía tres meses por estenosis severa y extabaquismo de 15 paquetes/año. Se encontraba medicado con enalapril 2,5 mg VO c/24 h, metoprolol succinato 25 mg VO c/12 h, amiodarona 200 mg VO c/24 h, ácido acetil salicílico 100 mg VO c/24 h, atorvastatina 20 mg VO c/24 h, imipramina 25 mg VO c/24 h, levomepromazina 15 gotas VO c/24 h, fluoxetina 20 mg VO c/24 h, beclometasona 2 puff c/12 h y bromuro de ipratropio 3 inhalaciones cada 8 h.

Durante auscultación física: signos vitales: TA: 93/57 mm Hg FC 90 lpm FR 17 rpm T: 36.8 °C SatO₂ 94% FiO₂ 28%. Al examen cardiopulmonar ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni otros agregados, murmullo vesicular disminuido levemente en ambos campos pulmonares, sin sobregregados. Resto del examen físico sin alteraciones. Las pruebas de ortostatismo fueron negativas.

En el momento de la evaluación por el servicio de Cardiología presentó nuevo episodio de tos con síncope asociado de dos minutos de duración, durante el cual se documentó ausencia de pulso de 10 segundos que se autorresolvió. No tenía monitorización electrocardiográfica en ese momento. Los exámenes de laboratorio iniciales, que incluyeron cuadro hemático, función renal y electrolitos, fueron normales. La radiografía de tórax no mostró alteraciones. El electrocardiograma de ingreso evidenció PR prolongado y bloqueo completo de rama derecha del haz de His (fig. 1). Se hizo un ecocardiograma que evidenció esclerosis mitral leve, bioprótesis valvular aórtica normofuncionante, y tamaño y función sistólica biventricular conservadas, con limitación técnica por mala ventana ecoacústica. Se suspendió beta-bloqueador, amiodarona y enalapril y se solicitó Holter de ritmo cardiaco.

Durante la hospitalización presentó bloqueo aurículo-ventricular completo, que ameritó implante de marcapaso transitorio transvenoso (fig. 2). Se verificaron electrocardiogramas previos al bloqueo, en uno de los cuales se evidenció bloqueo completo de rama izquierda del haz de His (fig. 3). Persistió con bloqueo AV completo, que condujo al implante de un marcapaso bicameral definitivo.

Discusión

El caso clínico descrito muestra una relación poco frecuente de síncope asociado a desarrollo de bloqueo aurículo-ventricular de tercer grado de origen multifactorial pero desencadenado por tos.

El síncope por tos fue descrito por primera vez por Charcot en 1879, quien lo denominó "vértigo laríngeo"⁴. Posteriormente se le acuñaron otros nombres como síncope tusivo, ictus tusivo o epilepsia laríngea. El perfil clásico de un paciente con síncope situacional por tos descrito en la literatura, es el de un varón de edad media con sobrepeso, fumador y EPOC⁵. El paciente del caso que se expone cumplía con estas características, pese a que no tenía diagnóstico espirométrico de EPOC, estaba formulado con tratamiento broncodilatador y tenía factores de riesgo para el desarrollo del mismo. No obstante, aunque la tos es una causa de síncope situacional, llamaba la atención su antecedente de reemplazo valvular aórtico reciente, la ingesta de medicamentos bradicardizantes como metoprolol y amiodarona y la presencia de bloqueo de rama derecha y bloqueo AV

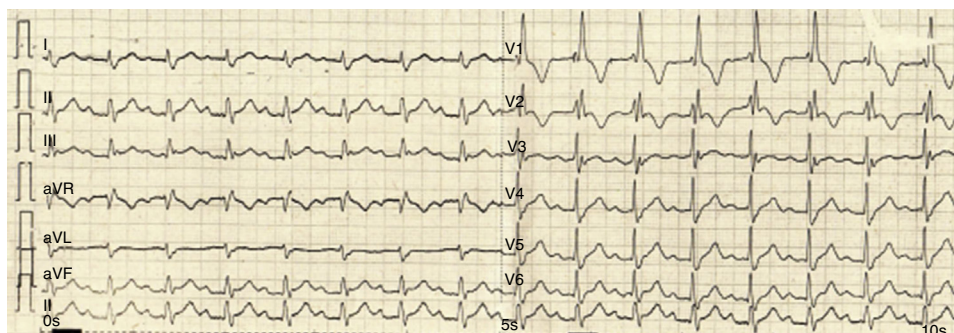


Figura 1 Electrocardiograma de ingreso al servicio de Urgencias. Presentaba bloqueo aurículo-ventricular de primer grado y bloqueo completo de rama derecha del haz de His.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8676214>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8676214>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)