

Síndrome de Stokes-Adams: importancia de monitorizar al paciente.

Stokes-Adams syndrome: importance of monitoring the patient.

María Goretti Buceta Eiras¹

1 MÉDICO ASISTENCIAL DEL 061 DE GALICIA, BASE SIMPLE DE LUGO. CALLE ARMÓRICA S/N, LUGO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: María Goretti Buceta Eiras. e-mail: gorettibuceta@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Varón de 24 años sano, fumador ocasional, sin consumo de otras drogas, con síncope de repetición diagnosticados de etiología vasovagal, que consulta por nuevo episodio sincopal mientras está sentado en el instituto, sin esfuerzos previos, sin prodromos y sin dolor torácico acompañante. No presentó incontinencia de esfínteres ni movimientos tónico-clónicos. El síncope fue de escasa duración, sin caída al suelo, y con recuperación completa.

A llegar los servicios de emergencias, se monitoriza al paciente y se toman las constantes: tensión arterial 130/70 mm Hg, frecuencia cardíaca 55 lpm, frecuencia respiratoria 12 rpm y glucemia 95 mg/dl. Se monitoriza al paciente y tras escasos segundos presenta nuevo episodio de mareo, sin prodromos. En el monitor se objetiva asistolia de veinte segundos de duración. El paciente no presenta movimientos tónico-clónicos pero sí desviación de la mirada a la izquierda y cianosis central. Recuperación completa del cuadro sin recordar lo sucedido, presentando exploración neurológica sin alteraciones. Se realizó un electrocardiograma en el que únicamente se objetivó un patrón de repolarización precoz.

DIAGNÓSTICO

El síndrome de Stokes Adams se define como episodios de pérdida de conciencia de escasa duración (menos de 30 segundos), que puede acompañarse de convulsiones e incontinencia de esfínteres; debido a una asistolia, bloqueo cardíaco u otra arritmia, de corta duración, con recuperación espontánea ad íntegrum. Los signos suelen ser transitorios y secundarios a una disminución o ausencia de perfusión cerebral^{1,2}.

En este caso clínico se objetiva la importancia de la monitorización de un episodio sincopal cuya apariencia inicial era un síncope de probable etiología vasovagal.

CONCLUSIÓN

Este paciente fue derivado al servicio de urgencias para completar estudios, durante su estancia en observación no presentó nuevos episodios sincopales. Fue sometido a un estudio cardiológico con un Holter y actualmente está pendiente de la colocación de un marcapasos.

El síndrome de Stokes-Adams se produce generalmente por arritmias. La más habitual es el bloqueo aurículo-ventricular cuya causa más frecuente es la cardiopatía isquémica⁴. El bloqueo auriculoventricular completo de origen congénito, aunque en un principio fue considerado de buen pronóstico, tras un estudio prospectivo de 102 pacientes con bloqueo auriculoventricular completo congénito no asociado a otras cardiopatías⁵, se comprobó que un 25% de estos pacientes presentaban crisis de Stokes-Adams en el seguimiento. De este porcentaje de pacientes, un 30% fallecían de muerte súbita, siendo con frecuencia el primer síntoma que se presentaban.

Otras causas de síndrome de Stokes-Adams son la digital y los antagonistas de los canales del calcio, las alteraciones metabólicas como la hiperpotasemia³, las bradicardias o asistolia por disfunción del nódulo sinusal, las taquiarritmias supraventriculares (poco frecuente), las taquicardias ventriculares paroxísticas y otras causas como infarto agudo de miocardio masivo, síncope cardíaco obstructivo por ejemplo: estenosis subaórtica hipertrófica obstructiva, la hipertensión pulmonar primaria, el embolismo pulmonar, etc⁴.

El síndrome de Stokes Adams está infradiagnosticado, muchas veces porque la orientación de los síntomas nos indican un origen vasovagal; pero en este caso tenemos la importancia de una correcta monitorización, ya que es un síndrome que en muchos casos se relaciona con muertes súbitas. Por ello, los autores aconsejan la implantación de un marcapasos en pacientes incluso asintomáticos, probablemente a partir de los 15 años o cuando se haya limitado su crecimiento⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harbison J, Newton JL, Seifer C, et al; Stokes Adams attacks and cardiovascular syncope. Lancet 2002 Jan 12, 359 (9301), 158-60.
2. Sigurd B, Sandoe E. Management of Stokes-Adams syndrome. Cardiology 1990;77:195-208.
3. Sanz Romero GA. Arritmias cardíacas: En: Rozman C, director. Medicina Interna. 13a ed. Madrid: MosbyDoyma; 1995:501-27.
4. Josephson ME, Zimetbaum P, Marchlinski FE, Buxton AE.

Alteraciones del ritmo cardíaco: En: Harrison Principios De Medicina Interna. 14a ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1998:1434-42.

5. Michaelsson M, Riesenfeld T, Jonzon A. Natural history of congenital complete atrioventricular block. PACE 1997; 20 (parte 2): 2.098-2.101.
6. Michaelsson M, Jonzon A, Riesenfeld T. Isolated congenital complete atrioventricular block in adult life. A prospective study. Circulation 1995;92:442-449.