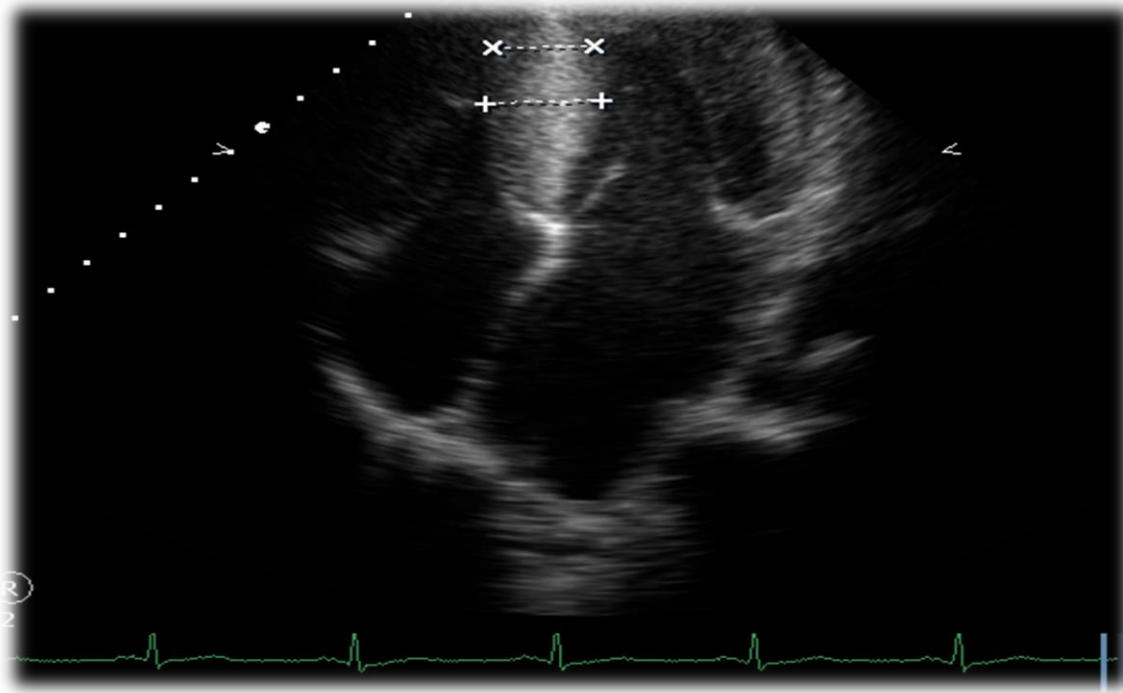


Síncope en niña de 12 años



Ana Baeza Carrión (Rotatorio Pediatría)

Tutor: Jorge Frontela Losa (Urgencias Pediátricas)

Servicio de Pediatría, HGUA

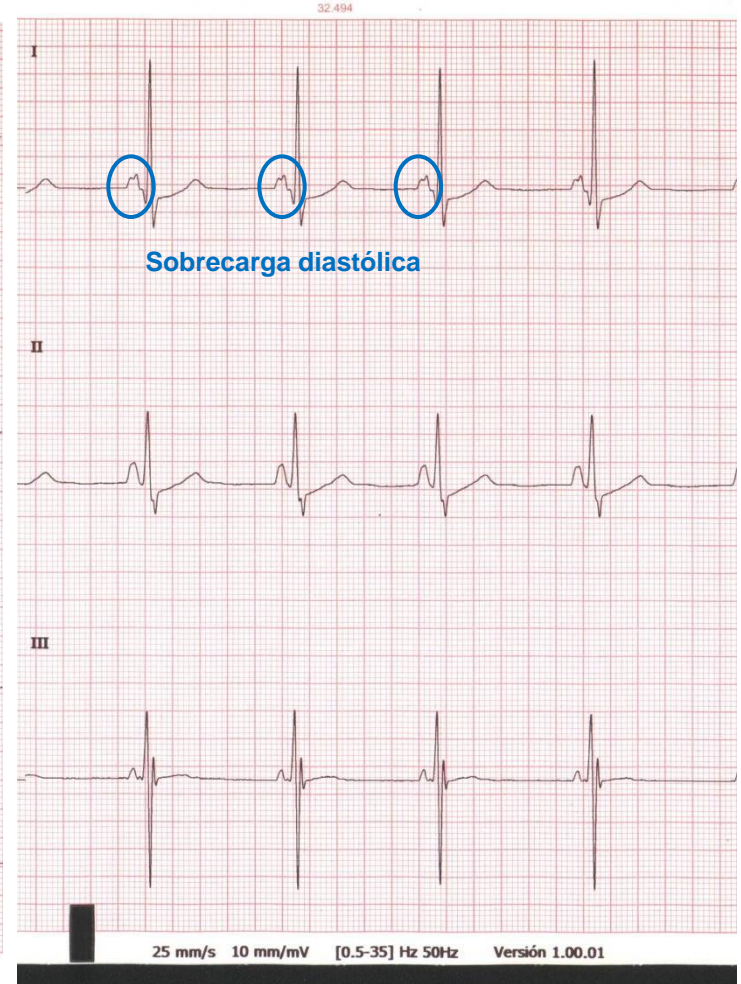
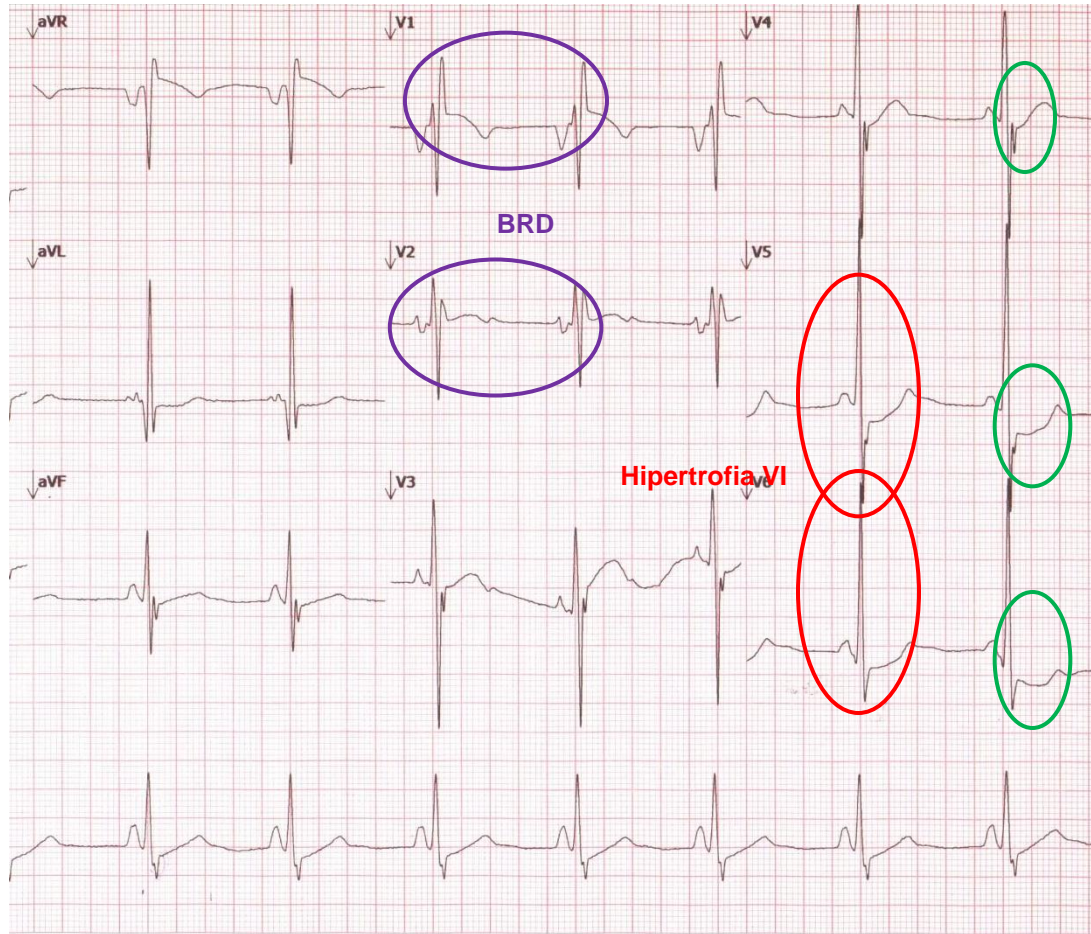
ANAMNESIS Y ANTECEDENTES

- Niña de 12 años con cuadro de mareo con pérdida de conciencia de 2-3 minutos tras realizar un esfuerzo
- Previo al síncope: disminución de la agudeza visual y taquicardia
- Palidez cutánea al recuperarse, no movimientos tónico-clónicos. Ahora BEG, consciente y orientada
- No RAMc, No IQx previas, asma episódica, alergias (pelo de caballo, polen de olivo, alternaria)
- En tratamiento por CARDIOPATÍA

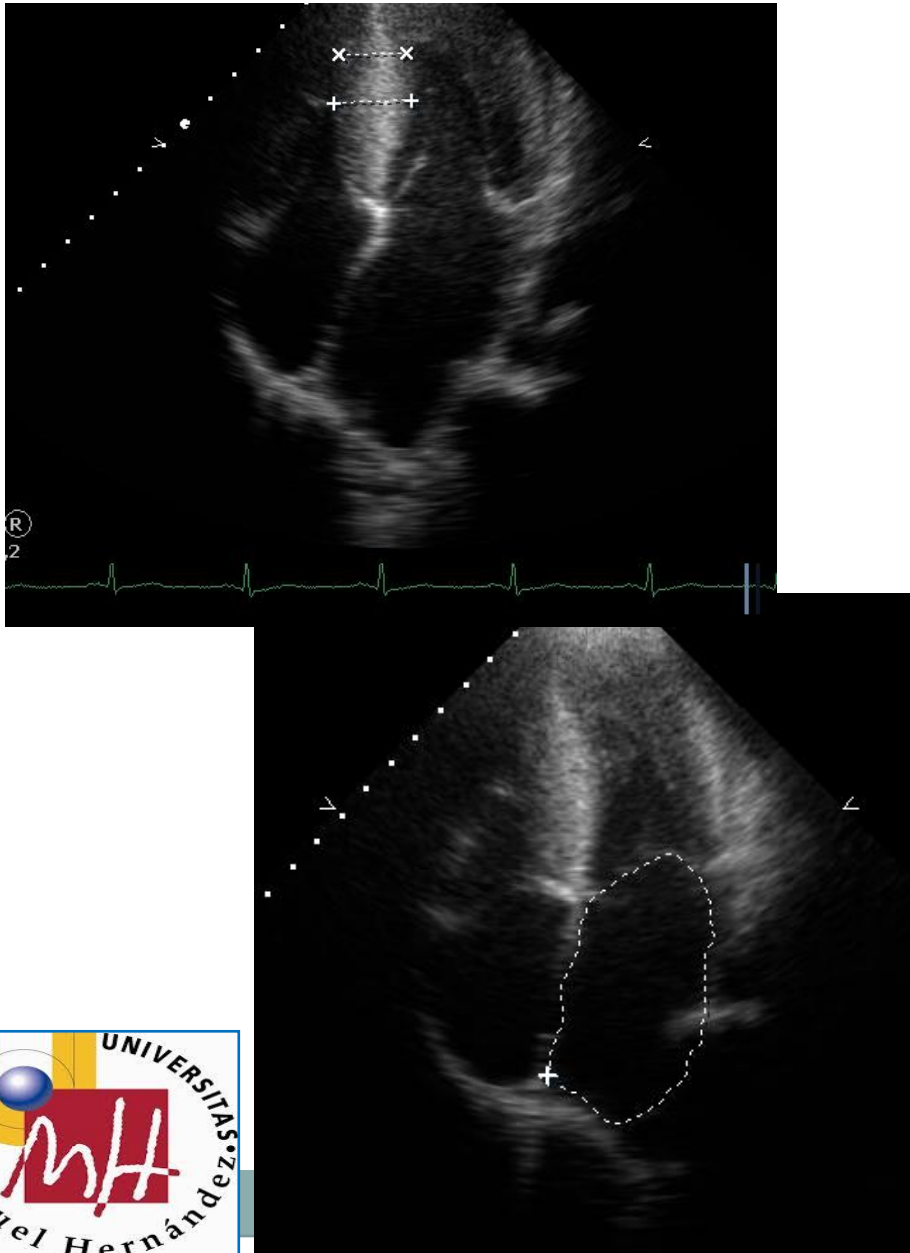
EXPLORACIÓN FÍSICA

- Peso: 43,400 kg; Talla: 159 cm; Temperatura: 36,5 °c; TA: 109 / 69 mmHg.
- BEG, normocoloración piel y mucosas, nutrición e hidratación adecuadas. No exantemas ni petequias. No signos de dificultad respiratoria
- AC: bradicárdica (60 lpm). Soplo sistólico eyectivo II/IV en BEI. 3er tono. Pulsos periféricos palpables. Buen relleno capilar

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS- ECG



PRUEBAS DIAGNÓSTICAS – ECOCARDIOGRAMA



ECOCARDIO	PACIENTE
TIV (dx=z-score >2)	1,9-2,2 cm (z-score + 8,5)
E/E'	5
Gradiente Presión Dinámico VI (mmHg)	75-90
Gradiente Presión TSVI (mmHg)	Ausente
Gradiente Presión VD (mmHg)	Ausente
SAM	Ausente

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

SÍNCOPE CARDIOGÉNICO	
Contexto de cardiopatía	Farmacológico
¡¡ La madre la encuentra más cansada desde que se aumentó el propranolol !!	
Tras un esfuerzo moderado	Tras aumentar la dosis de propranolol a 20 mg cada 12 h

MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA SEPTAL

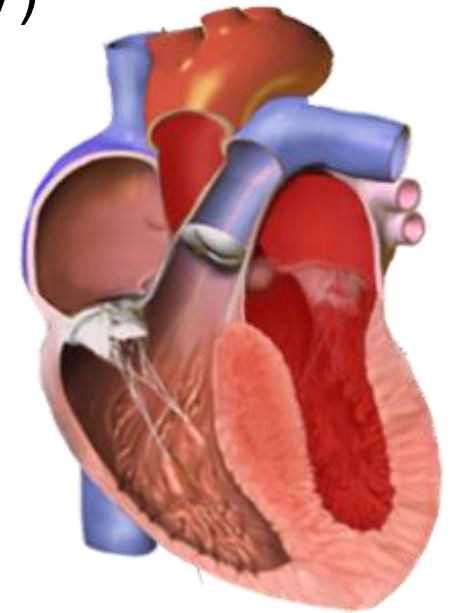
- Estudio genético padres: negativo
- No hermanos. No antecedentes familiares de MCH
- Plan de tratamiento:
 - Propranolol 20 mg cada 12 h desde febrero 2016 (inició con dosis crecientes de 10 mg cada 12 h hasta la actual)
 - Hábitos de vida y dieta adecuados. Evitar ejercicio físico anaerobio, así como esfuerzos intensos o prolongados.
- Próximo control cardiológico en La Fe de Valencia: en 4 – 6 meses

ACTITUD Y PLAN TERAPÉUTICO

- Contacto telefónico con Cardiología Infantil de La Fe: se acuerda reducir el propranolol a 10-0-20 mg.
- Se adelanta la cita en La Fe para este mes: valoración prueba de esfuerzo
- Reposo relativo en domicilio los próximos días

REVISIÓN DE LA LITERATURA - MHS

- Hipertrofia VI: concéntrica / asimétrica (TIV)
- Cavidad ventricular de pequeño tamaño
- Alteración del llenado ventricular
- Obstrucción TSVI
- Fenómenos de isquemia
- Etiología: primaria (AD-ligada X) / secundaria



Hypertrophic

REVISIÓN DE LA LITERATURA – MHS II

- Pronóstico y curso clínico muy variables
- Síncopes, fallo cardiaco congestivo, dolor precordial, palpitaciones, arritmias malignas, muerte súbita...
- **EF**: soplo sistólico de eyección en BEI. Presentes 3er y 4º ruido
- **ECG**: eje normal, criterios de hipertrofia VI, ocasionalmente auricular. Cambios en el segmento ST y onda T. Alteraciones del complejo QRS
- Registro **Holter** 24 horas
- **ECOCARDIOGRAMA**: TIV 2 – 3 cm, SAM presente, flujo alterado en TSVI

PRIMARY PREVENTION

Recommended assessment:
History
2D/Doppler echocardiogram
48-hour ambulatory ECG

HCM Risk-SCD variables:
• Age
• Family history of sudden cardiac death
• Unexplained syncope
• Left ventricular outflow gradient*
• Maximum left ventricular wall thickness*
• Left atrial diameter*
• NSVT

HCM Risk-SCD Score

LOW RISK
5-year risk <4%

ICD generally not indicated^b

INTERMEDIATE RISK
5-year risk ≥4-<6%

ICD may be considered

HIGH RISK
5-year risk ≥6%

ICD should be considered

SECONDARY PREVENTION

• Cardiac arrest due to VT or VF
• spontaneous sustained VT causing syncope or haemodynamic compromise

Life expectancy >1 year

ICD recommended

2D = two dimensional; ECG = electrocardiogram; ICD = implantable cardioverter defibrillator; LVOT = left ventricular outflow tract; MLWWT = maximum left ventricular wall thickness; NSVT = non-sustained ventricular tachycardia during 24-48 hour ambulatory ECG monitoring; VF = ventricular fibrillation; VT = ventricular tachycardia.

*Use absolute values for LVOT gradient, MLWWT and left atrial dimension.

^bICD not recommended unless there other clinical features that are of potential prognostic importance and when the likely benefit is greater than the lifelong risk of complications and the impact of an ICD on lifestyle, socioeconomic status and psychological health.

REVISIÓN DE LA LITERATURA – MHS III

MANEJO TERAPÉUTICO		
1ª línea	2ª línea	3ª línea
Beta- bloqueantes	Calcio- antagonistas	Técnicas quirúrgicas
	Ionotropos negativos	Miomectomías septales
	DAI	Trasplante cardíaco

Estudios genéticos a familiares
Seguimiento estrecho

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Salerno J, Coleman B. Emergent evaluation of syncope in children and adolescents. UpToDate Mar 2016.
- Elliott PM, Anastasakis A, Borger MA, Borggrefe M, Cecchi F, Charron P, et al. 2014 ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy. Eur Heart J. 2014; 35:2733-79
- Maron M. Hypertrophic cardiomyopathy: Clinical manifestations, diagnosis, and evaluation. UpToDate Mar 2016.
- Johnson W, Moller J. Hypertrophic cardiomyopathy (HCM; idiopathic hypertrophic subaortic stenosis; IHSS). Pediatric Cardiology. 3rd Edition. Wiley-Blackwell; 2014. p. 274-276.

AGRADECIMIENTOS: a mi tutor Jorge y a todo el equipo de Urgencias Pediátricas

