

**Editorial:** Hospital Metropolitano

**ISSN (impreso)** 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303

**Edición:** Vol. 29 (suppl 2) 2021 - noviembre

**DOI:** <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/supple2/2021/49-50>

**URL:** <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/353>

**Pág:** 49-50

## Síndrome de taquicardia-bradicardia. A propósito de un caso

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad del nodo es una patología del ritmo cardiaco poco común con una incidencia de 0.03%, que se presenta principalmente en adultos mayores (media de 68 años)<sup>1</sup>. Está causado por envejecimiento del nodo sinusal o secundaria a una alteración que condicione afección del nodo. Consta de 5 variantes identificadas: bradicardia sinusal, bloqueo sinuauricular, paro sinusal, síndrome de taquicardia-bradicardia (STB) y otros trastornos asociados al seno enfermo. La variante menos frecuente es el STB, la cual puede producir un amplio espectro clínico que va desde las palpitaciones, disnea en reposo, síncope e inclusive desarrollar fibrilación auricular (FA), predisponente al desarrollo de embolias sistémicas, envejecimiento del nodo sinusal o secundario a una alteración patológica del nodo<sup>13</sup>. Actualmente no existe un consenso sobre la definición electrocardiográfica de esta, generando un problema en el diagnóstico y el manejo terapéutico.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 73 años, sin antecedente de enfermedades crónicas, atleta de mediano rendimiento, con tabaquismo abandonado hace 40 años. Inicia su padecimiento en enero de 2020, con aparente síncope, el cual fue tratado en forma sintomática y posteriormente ante la persistencia de palpitaciones y eventos similares a vértigo es valorado por cardiología donde mediante estudio Holter de 24 horas se concluye lo siguiente: HR diurna max 146 lpm y min 46 lpm, taquicardia (2%), bradicardia (56%), 1 pausa de 2158ms, 3 episodios autolimitados de FA de 141 lpm máximo. Resto del estudio en parámetros normales. Ante esto, se concluye estu-

dio compatible con FA paroxística intermitente, bradicardia sinusal con pausa de >2000ms, integrando el STB. Se coloca marcapasos definitivo BIOTRONIK VVI en agosto en medio privado. En septiembre, ingresa a hospital público referido del medio privado con diagnóstico de choque séptico de foco urinario (C. Tropicalis) y complicaciones secundarias a múltiples eventos vasculares cerebrales isquémicos, principal en cerebelo que condicionaron edema cerebral. Ante este escenario, se sospecha de disfunción del marcapasos realizando un interrogatorio del mismo concluyendo en: Alerta de frecuencias ventriculares rápidas correspondientes a paroxismo de fibrilación auricular. Impedancias de estimulación ventricular: 526 OHMS, Onda R sensada 4.4MV. Umbral de estimulación ventricular: 1.1V. Estimulación ventricular 65%. Se programa en modo VVIR y se activa sensor de frecuencia para modulación. Alto riesgo de embolia cerebral recurrente que amerita anticoagulación. Actualmente en recuperación con traqueostomía, gastrostomía, secuelas postcraniectomía descompresiva y con mal pronóstico para la vida.

### DISCUSIÓN

El paciente tiene la edad típica de presentación y al no tener antecedentes patológicos ni comorbilidades se puede inferir que su causa es debido al envejecimiento intrínseco del nodo, a pesar de ser atleta de mediano rendimiento. Al presentar un síncope, se justifica la colocación de marcapasos con la finalidad del alivio de los síntomas y reducir los episodios de fibrilación auricular.

La relevancia de este caso clínico es la presencia de rachas persistentes de FA que, aún en presencia del

marcapasos, produjeron embolismos recurrentes, las cuales dejaron secuelas graves en la funcionalidad global del paciente; siendo la enfermedad del nodo el punto de partida de toda esta secuencia patológica.

Al ser el STB una enfermedad poco frecuente, se requiere que los médicos conozcan bien el cuadro clínico y mantengan un umbral bajo de sospecha para poderla diagnosticar tempranamente.

## CONCLUSIÓN

El síndrome bradicardia-taquicardia puede pasar desapercibida debido a la sintomatología de naturaleza variable e inespecífica y a su carácter intermitente. Por ello, es crucial que los médicos de primer nivel tengan un conocimiento sobre esta enfermedad para lograr un diagnóstico temprano y poder referir adecuadamente al paciente a un tratamiento oportuno y así prevenir las complicaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome del seno Enfermo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012.
2. Jimenez-Guerrero MD, Vela-Colmenero RM, Ruíz-García MI. Síndrome de bradicardia-taquicardia: a propósito de un caso. *Med fam Andal.* 2017;18(2): 196-97
3. Kusumoto FM, Schoenfeld MH, Barrett C, Edgerton JR, Ellenbogen KA, Gold MR, et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol.* 2019;74(7):e51-e156

### Alfredo Geovanny Pech Aguilar<sup>1</sup>

Médico Interno de Pregrado;  
ISSSTE Hospital Regional Mérida  
México

 <https://orcid.org/0000-0001-7321-1501>

### Irán Alejandro Pérez Villanueva<sup>2</sup>

Médico Interno de Pregrado;  
ISSSTE Hospital Regional Mérida  
México

 <https://orcid.org/0000-0002-4460-4792>

### Jarret Francisco Braga Alcocer<sup>3</sup>

Médico Especialista en Cardiología;  
ISSSTE Hospital Regional Mérida  
México

 <https://orcid.org/0000-0001-9816-8124>