

Síndrome de Rosenbaum: A propósito de un caso

Blanco González, Elisa¹, Lamas Touza, Juan Manuel¹, Sánchez Insa, Esther²

¹Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra

²Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Cad Aten Primaria
Año 2011
Volume 18
Páx. 148-148

Varón de 69 años con hipertensión arterial y episodio de hemorragia cerebral de probable etiología hipertensiva como únicos antecedentes de interés. Acude a revisión cardiológica como parte de preoperatorio de aneurisma de aorta abdominal. Aporta ECG realizado 1 semana antes en la consulta de Atención Primaria (Figura 1). En la consulta de Cardiología se realiza ECG rutinario (Figura 2) y, ante la discordancia, se realiza nuevo registro (Figura 3). El paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista cardiovascular, y sigue tratamiento con antiagregantes, atenolol 100 mg, enalapril 20 mg y amlodipino 10 mg.

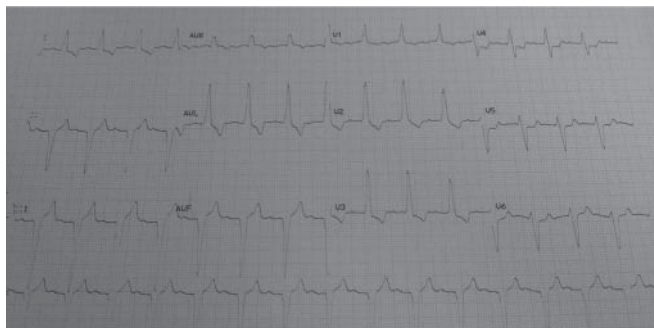


FIGURA 1

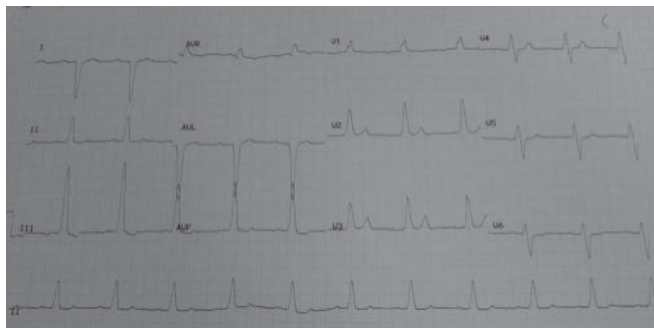


FIGURA 2

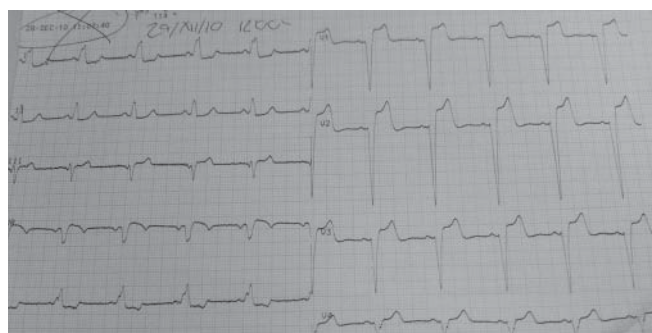


FIGURA 3

¿Cuál es su sospecha diagnóstica?

- Mala colocación de los electrodos
- Primer registro corresponde a otro paciente
- Bloqueo intermitente de rama derecha
- Bloqueo trifascicular

¿Modificaría el tratamiento?

- No
- Sí, suspendería el Atenolol
- Sí, suspendería el Amlodipino

Correspondencia

Elisa Blanco González

C.H.U. Pontevedra. Montecelo- Mourente s/n 36161 Pontevedra

Email: elisablanca@hotmail.com

4. Se han descrito casos de enfermedad de Hashimoto con hipertiroidismo⁴, y otros de enfermedad de Graves-Basedow con hipotiroidismo.⁵

Estos datos avalan la proximidad fisiopatológica de ambas enfermedades. De hecho, las clasificaciones más recientes las engloban en una entidad común, llamada tiroiditis autoinmune, de la que existen tres variantes: Tipo 1 (que se corresponde con la enfermedad de Hashimoto eutiroidea), tipo 2 (enfermedad de Hashimoto hipotiroidea) y tipo 3 (enfermedad de Graves-Basedow)⁶. Siguiendo esta clasificación, el diagnóstico de la paciente descrita sería el de tiroiditis autoinmune tipo 2 que evolucionó a tipo 3.

Siendo infrecuente la transformación descrita de una enfermedad de Hashimoto en una enfermedad de Graves-Basedow, más sorprendente fue la posterior evolución del cuadro (evolución que, por cierto, no podíamos prever): La paciente fue tratada en la forma habitual para la enfermedad de Graves-Basedow, incluyendo metimazol a dosis variable durante 15 meses. En Enero-2010 se suspendió dicho tratamiento, y desde entonces hasta hoy los análisis de la paciente han mostrado de nuevo una enfermedad de Hashimoto eutiroidea (hipotiroidismo subclínico con anticuerpos antiperoxidasa y antitiroglobulina). Los anticuerpos anti receptor de TSH son ahora indetectables (Tabla 2).

TABLA 2

Evolución de análisis de la paciente. Ente paréntesis las concentraciones plasmáticas normales de cada molécula. Anti TPO: Anticuerpos antiperoxidasa. Anti TG: Anticuerpos antitiroglobulina. TSI: Anticuerpos anti receptor de TSH.

	Dic-2008	Ago-2009	Ene-2010	May-2010	Feb-2011
TSH (0,3-4,5 mIU/mL)	0,006	0,012	8,62	5,27	5,21
T4L (0,7-2 ng/100mL)	1,61	1,23	1,09	1,04	0,98
Anti TPO (0-35 UI/mL)			792		815
Anti TG (0-40 UI/mL)			96,2		71,4
TSI (U/L)			0		0

RESPUESTA A CASO CLÍNICO SÍNDROME DE ROSENBAUM: A PROPÓSITO DE UN CASO

El término bloqueo trifascicular implica alteración de las tres ramas del sistema de conducción al mismo tiempo o en momentos diferentes. Las posibilidades de bloqueo trifascicular son múltiples de acuerdo con las distintas combinaciones de las zonas afectas del sistema de conducción cardíaco.

La prevalencia aumenta con la edad y se estima en un 17 % en pacientes de 80 años, aumentando con la edad. La progresión a BAV de alto grado es variable, siendo la presencia de clínica sincopal

Lo sucedido parece ser un extraño brote de enfermedad de Graves-Basedow en el seno de una enfermedad de Hashimoto. No nos atrevemos a aventurar cómo evolucionará esta tiroiditis autoinmune.

BIBLIOGRAFÍA

1. Immunogenetics of Hashimoto's and Graves' diseases. Tamai H, Uno H, Hirota Y, Matsubayashi S, Kuma K, Matsumoto H, Kumagai LF, Sasazuki T, Nagataki S. *J Clin Endocrinol Metab.* 1985 Jan;60(1):62-6.
2. Blocking type antithyrotropin receptor antibody in patients with nongouty hypothyroidism: its incidence and characteristics of action. Arikawa K, Ichikawa Y, Yoshida T, Shinozawa T, Homma M, Momotani N, Ito K. *J Clin Endocrinol Metab.* 1985 May;60(5):953-9.
3. Williams Tratado de Endocrinología 10ª ed castellano. Ed Elsevier. Pág 475
4. Bell PM, Sinnamon DG, Smyth PP, Drexhage HA, Haire M, Bottazzo GF, Atkinson AB. Hyperthyroidism following primary hypothyroidism in association with polyendocrine autoimmunity. *Acta Endocrinol (Copenh).* 1985 Apr;108(4):491-7.
5. Hypothyroidism as a late sequela in patient with Graves' disease treated with antithyroid agents. Wood LC, Ingbar SH. *J Clin Invest.* 1979 Nov;64(5):1429-36.
6. Williams Tratado de Endocrinología 10ª ed castellano. Ed Elsevier. Pág 476, Tabla 12-3

el mayor factor predisponente. En pacientes que han presentado clínica sincopal se estima que entre el 5-11% progresarán hasta BAV de alto grado, mientras que en los pacientes aintomáticos tan solo un 0.6 -0.8% presentarán esta evolución.

Según las alteraciones que se pueden registrar en el ECG de superficie existen dos tipos de bloqueos trifasciculares:

- Presencia de bloqueo bifascicular alternante. El ECG muestra alternancia de bloqueo de rama derecha (BRD) + hemibloqueo anterosuperior (HBAS) con bloqueo de

rama derecha + hemibloqueo posteroinferior (HBPI); situación conocida como síndrome de Rosenbaum.

- Bloqueo bifascicular establecido (BRIHH o BRDHH + hemibloqueo anterosuperior o posteroinferior) asociado con intervalo PR alargado.

En nuestro paciente, se da coexistencia de estas dos situaciones junto con una tercera y agravante. El registro realizado en el médico de atención primaria, muestra un bloqueo trifascicular consistente en intervalo PR alargado (Bloqueo AV de primer grado) junto con bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterosuperior. El segundo registro muestra el bloqueo AV de primer grado junto con el bloqueo de rama derecha, ya existentes, y hemibloqueo posteroinferior, siendo por tanto un bloqueo bifascicular alternante. El tercer registro, realizado minutos después del segundo, muestra un bloqueo AV de primer grado junto con un bloqueo de rama izquierda avanzado. Esto nos muestra la grave afectación del sistema de conducción en todos sus fascículos, lo que obliga a una rápida actuación a pesar de que el paciente se encontraba completamente asintomático.

Las guías de práctica clínica son claras en cuanto a la indicación de marcapasos en pacientes con bloqueo trifascicular o bifascicular "puro". Así, en pacientes asintomáticos, se considera apropiado el implante de marcapasos sólo en los casos en los que se demuestren episodios de BAV de segundo o tercer grado de forma intermitente o bien en los casos en los que, durante la realización de un estudio electrofisiológico realizado por cualquier otra razón, se demuestran signos de grave alteración del sistema de conducción (intervalo HV > 100 ms o bloqueo intra o infrahisiano durante la estimulación auricular rápida). Por otra

parte, en los pacientes con clínica sincopal se debe proceder a implante de marcapasos definitivo (indicación IC). En cuanto al bloqueo bifascicular alternante, las guías son más controvertidas, dado que establecen la indicación de implante de marcapasos definitivo, con independencia de los síntomas (indicación IC).

Por tanto, podemos concluir que, tal y como se expuso previamente, la presencia de clínica sincopal es el mayor factor predisponente para bloqueo AV de alto grado y que el bloqueo bifascicular alternante también puede serlo aunque las guías de práctica clínica no son concluyentes en este sentido.

En nuestro caso, como primera medida se suspendió el tratamiento betabloqueante y se procedió al ingreso urgente del paciente. Durante el ingreso, no presentó eventos en la monitorización más allá de los descritos, ni se resolvieron las alteraciones del sistema de conducción tras la retirada del Atenolol, por lo que se procedió a implante de marcapasos definitivo de forma programada bajo la indicación de bloqueo bifascicular alternante. Se implantó un dispositivo monocameral VDD vía cefálica derecha y sin complicaciones se dio de alta hospitalaria en espera de intervención de aneurisma de aorta abdominal.

BIBLIOGRAFÍA

1. ESC Committee for Practice Guidelines and Authors/Task Force members. Guidelines for cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *Europace* (2007) 9, 959-998.
2. Bayés de Luna A. Bloqueo ventricular. En: *Electrocardiografía clínica*. Barcelona. Espaxs. 1999; pn 75-92.

SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA EN UNA PACIENTE CON ANTECEDENTES DE LESIONES CUTÁNEAS

La varicela es una infección primaria muy contagiosa producida por el virus de varicela Zoster, que se caracteriza por brotes sucesivos de vesículas pruriginosas que evolucionan a pústulas, costras, y a veces cicatrices. En la edad adulta puede complicarse con neumonía y encefalitis.

En nuestro caso la paciente presentaba una neumonía varicelosa (opción b correcta) y fue derivada al hospital donde se ingresó (opción b correcta). Se pautó aciclovir iv con mejoría franca, no objetivándose patología en la radiografía de control realizada 6 semanas después.