

Reporte de Caso

VOL. 2 NO 3

Status epiléptico convulsivo *de novo* como primera manifestación de síndrome del Stokes-Adams

De novo convulsive epileptic status as the first manifestation of Stokes-Adams syndrome

Ricardo Portillo-Pineda ^{1a}, Fausto Alfonso Giménez-Aguilar ^{1a}, Karla Gómez ^{1a}, Nora Carbajal-Umanzor ^{1a}, Said Gonzales-Laboriel ^{1b}, Noelia Elvir-Mayorquin ^{1a}**RESUMEN**

Se presenta el caso de paciente masculino de 72 años de edad, con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, quien requirió atención médica por presentar crisis convulsiva tónico-clónica generalizada, sin historia de epilepsia y/o crisis epilépticas previas. A la auscultación cardíaca se encontró bradicardia de 38 latidos por minuto, una electrocardiografía mostró bradicardia sinusal, con bloqueo auriculoventricular completo grado III, diagnosticándose síndrome de Stokes-Adams. Posterior a la atención del cuadro agudo fue referido para estudios especializados con cardiólogo, adicionando los diagnósticos de esclerosis mitro aortica, insuficiencia mitral, insuficiencia tricúspidea e insuficiencia pulmonar en grados de leves a severos. Como tratamiento definitivo se realizó un implante de marcapaso. El síndrome de Stoke-Adams es poco frecuente y las convulsiones ocasionales, en pacientes con crisis epilépticas agudas sintomáticas y/o estatus epiléptico *de novo* es esencial hacer una adecuada semiología cardíaca para realizar un rápido y oportuno diagnóstico y tratamiento.

Palabras Clave: Síndrome de Adams-Stokes, Epilepsia, Bradicardia, Bloqueo Cardíaco, Electrocardiografía, Marcapaso Artificial. (Fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT

Patient of a 72 year old, male, with a history of chronic obstructive pulmonary disease, who required medical attention for presenting generalized tonic-clonic seizure, with no history of epilepsy and / or previous seizures. A bradycardia of 38 beats per minute was found in cardiac auscultation, an electrocardiogram showed sinus bradycardia, complete atrioventricular block Grade III, diagnosing Stokes-Adams syndrome of. After the attention of the acute case he was referred for specialized studies with cardiologist, adding the diagnose of mitro aortic valve sclerosis, mitral regurgitation, tricuspid regurgitation and mild to severe pulmonary insufficiency. As treatment it was performed a pacemaker implant. Conclusion. Although the Adams-Stoke syndrome is rare and convulsions occasional in patients with acute symptomatic seizures and / or status epilepticus *de novo* it is essential to make a proper heart semiology to do a quick and timely diagnose and treatment.

Key words: Adams-Stokes syndrome, Epilepsy, Bradycardia, Heart block, Electrocardiography, Artificial pacemaker. (source: MeSH NLM)

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). Tegucigalpa, Honduras.
- a. Médico b. Médico, Especialista en Medicina Interna

Recibido: 17-09-2016 Aprobado: 30-09-2016

Citar como: Portillo-Pineda R, Giménez-Aguilar FA, Gómez K, Carbajal-Umanzor N, Gonzales-Laboriel S, Elvir-Mayorquin N. Status epiléptico convulsivo *de novo* como primera manifestación de síndrome del Stokes-Adams. Rev Hisp Cienc Salud. 2016;2(3): 271-275

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Stokes - Adams se define como una abrupta pérdida transitoria de la conciencia debido a la repentina pero pronunciada disminución en el gasto cardíaco, que es causada por un súbito cambio en la frecuencia cardíaca o ritmo, usualmente como consecuencia de bloqueo aurículo ventricular (AV), arritmias ventriculares, asistolia. Esta definición no incluye síncope vasovagal o epilepsia aunque los pacientes con síncope por Stokes - Adams puede tener crisis convulsiones durante los periodos de isquemia cerebral (1). Las enfermedades con efectos en la conducción eléctrica del corazón como la miocarditis, endocarditis, degeneración del tejido conectivo, fiebre reumática, tumores, sacoidosis, difteria, cateterismo cardíaco, enfermedad valvular y calcificaciones, están relacionadas con el síndrome de Stoke Adams (2, 3).

Giovanni Battista Morgagni en 1746 hace la descripción inicial del síndrome, más tarde Adams lo redescubrió en 1827 y William Stokes lo expuso en 1846, por lo cual esta condición también es conocida como síndrome de Morgagni-Stokes-Adams (4,5). Es muy difícil conseguir una apreciación exacta de la incidencia del síndrome de Adams- Stokes, porque para estar completamente seguro del diagnóstico es fundamental valorar la función cardíaca del paciente (por lo menos los latidos por minuto) durante un ataque. Este síndrome es más frecuente en las edades superiores a cincuenta años (3).

Los síntomas de esta condición son variados, siendo leves descritos como un momento de debilidad o vértigo, palidez repentina de la cara o parar en medio de una conversación. En algunos ataques de mayor intensidad la pérdida de la conciencia puede ser parcial o total. Se puede producir con o sin espasmos musculares o convulsiones, paso de orina y heces. La respiración durante el ataque es a menudo estertorosa, tipo Cheyne -Stokes (3,4,6,7). Un 20 a 75% de los pacientes con sospecha de síndrome de Adams-Stokes tiene arritmias graves, la mayoría de los casos con bradicardia que son lo suficientemente graves como para requerir tratamiento con marcapasos dentro de las 24 horas (8) . Un solo ataque de Stokes-Adams en un paciente con bloqueo cardíaco completo, es motivo suficiente para la inserción de marcapasos (2).

Los ataques por bloqueo auriculoventricular de alto grado dan como resultado un bajo gasto cardíaco con síntomas de isquemia cerebral (6), secundarios a la anoxia como consecuencia de una disminución de la presión de perfusión sanguínea. La anoxia cerebral se incluye dentro de las causas de tipo metabólicas de las crisis agudas sintomáticas, las cuales tienen una clara relación temporal con un determinado trastorno sistémico o cerebral lo cual suele corregirse al tratar la causa subyacente (9). Por esta razón, aunque el síndrome de Stokes-Adams es poco frecuente y las convulsiones ocasionales, en pacientes con crisis epilépticas y/o estatus epiléptico *de novo* es esencial hacer una adecuada semiología cardíaca para realizar un rápido y oportuno diagnóstico y tratamiento con el objetivo de preservar la vida y un mejor pronóstico de los pacientes afectados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de paciente masculino de 72 años de edad de procedencia rural, con antecedente de tabaquismo durante 60 años (36 paquetes/año), con diagnóstico ya conocido de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) sin apego a tratamiento. Es llevado a clínica médica privada por presentar crisis convulsivas generalizadas tipo tónico-clónico intermitentes de 1 hora de evolución, sin recuperación de conciencia entre crisis, acompañado de sialorrea y relajación de esfínteres. Niega historia previa de epilepsia y enfermedad cardiovascular.

A la exploración física se observó en estado postictal con cianosis central. En el examen cardiovascular se encontró un ápex visible y palpable en el quinto espacio intercostal línea medioclavicular izquierda, ruidos cardíacos normales sin presencia de soplos con bradicardia de 38 latidos/min y pulso 36 pulsaciones/min disminuido en amplitud. El resto del examen físico sin alteraciones. Se decide realizar radiografía de tórax en la cual se observó cardiomegalia, prominencia del arco aórtico y signos radiológicos de enfermedad bronquial crónica, además se realizó tomografía cerebral descartando cualquier proceso ocupativo de masa o evento cerebrovascular, en el electroencefalograma no hubo reactividad específica.

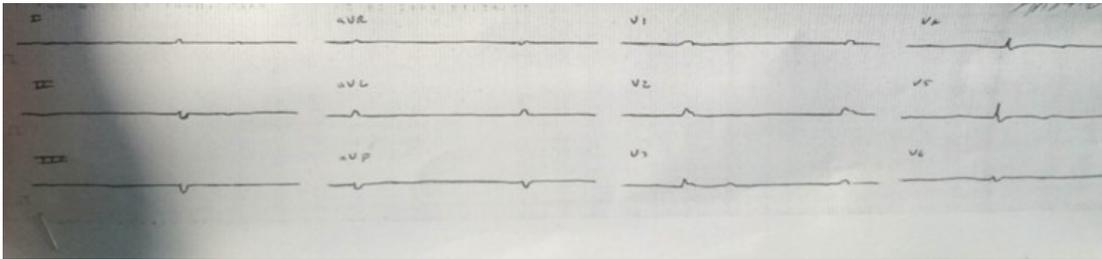


Figura 1. Electrocardiograma: bradicardia sinusal con frecuencia cardiaca de 38 latidos por minuto, un PR de 0.50, QRS de 0.12, el eje a menos 45 grados, una pobre progresión de la onda R de V2 – V4, con un bloqueo auriculoventricular de III grado.

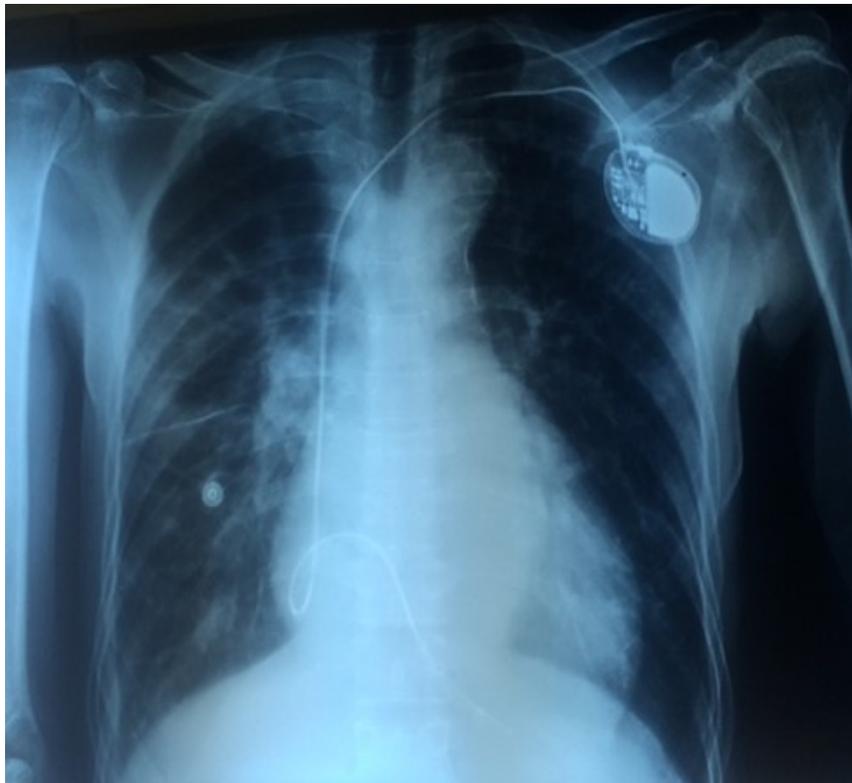


Figura 2. Rayos X de Tórax. Posterior a la inserción de Marcapaso

DISCUSIÓN

El síndrome de Adams- Stokes es más frecuente en las edades superiores a cincuenta años (6), sólo en los Estados Unidos, 25.000 nuevos casos de Stokes – Adams y ataques sincopales se producen por año (10). Los pacientes con Stokes - Adams pueden tener convulsiones, que se dan durante los períodos de isquemia cerebral, (1) la contribución de Morgagni continua vigente, él describió el caso de un hombre de 74 años quien un día cayó súbitamente al suelo como por un síndrome de vértigo, en los días siguientes presentó crisis convulsivas de tipo epiléptico, éstas eran frecuentes y de breve duración (5). La sintomatología fue muy similar en nuestro paciente quien súbitamente presentó convulsiones con pérdida de la conciencia a sus 72 años de edad, sin historia previa de epilepsia, crisis epilépticas y/o enfermedad cardíaca conocida. Se ha observado que en un registro electrocardiográfico del 20 al 75% de pacientes con sospecha de Adams-Stokes tiene graves arritmias que se correlaciona con síntomas cerebrales (8).

En algunos casos, principalmente en pacientes sin historia previa de enfermedad cardíaca es difícil determinar si una crisis epiléptica *de novo* es debida a un síndrome de Stoke-Adams o es debido otra causa del espectro de las crisis agudas epilépticas sintomáticas (9) La mejor manera de diferenciar entre estas dos enfermedades es la palpación del pulso durante la crisis (6). La evaluación inicial del paciente destacó la disminución del pulso de 36 pulsaciones por minuto y bradicardia de 38 latidos por minuto que fue confirmado a través de un registro electrocardiográfico que evidenció bloqueo auriculoventricular completo. Los ataques por bloqueo AV de alto grado dan como resultado síntomas de isquemia cerebral, representando el 10 a 20% de todos los casos (6). El diagnóstico se basa en el examen físico con marcada bradicardia, un electrocardiograma que revele un intervalo prolongado P-R con ritmos de caída, bradicardia y bloqueos completos (11).

El tratamiento para Stoke -Adams, que se requiere es un marcapaso (12). El tratamiento médico de un bloqueo cardíaco completo incluye la corrección de los posibles factores contribuyentes, como la acidosis y la hiperpotasemia. Las indicaciones generales para la inserción de un marcapasos incluyen: bloqueo cardíaco completo asociado con insuficiencia cardíaca congestiva, bloqueo cardíaco completo con síncope de Stokes-

Adams, bloqueo cardíaco completo seguido de uno anterior o infarto agudo de miocardio de cara inferior, bloqueo auriculo ventricular parcial (bloqueo de segundo grado) que complica la pared anterior infarto de miocardio y el bloqueo cardíaco completo postquirúrgicos (2). En este caso el electrocardiograma mostró un bloqueo auriculoventricular de tercer grado, determinándose como la causa del síndrome y profundizando la evaluación cardíaca a través de un ecocardiograma transtorácico que reveló; insuficiencia pulmonar leve, esclerosis mitro aórtica asociada a insuficiencia aórtica leve a moderada, insuficiencia mitral e insuficiencia tricuspídea moderada a severa, realizándose tratamiento con inserción de un marcapasos de cable pasivo de estimulación ventricular, corrigiendo el bloqueo y consecuentemente la sintomatología subyacente.

En las bases de datos científicas como PUBMED/MEDLINE, LILACS, Scielo, Latindex, e IMBIOMED constan reportes de caso de este síndrome con convulsiones, algunas de ellos como manifestación inicial del síndrome, sin embargo, nosotros no encontramos casos que tuviesen como manifestación inicial un estatus epiléptico convulsivo *de novo* como lo descrito en este paciente. El síndrome de Strokes-Adams es una enfermedad poco frecuente, de buen pronóstico si se detecta oportunamente y de fácil diagnóstico para médico clínico acucioso. Aunque esta entidad tiene muchas causas, el realizar una buena anamnesis y complementando con exámenes cardíacos electrofisiológicos (electrocardiograma) y estructurales (ecografía) se puede llegar a un diagnóstico oportuno y tratamiento, que en la mayoría de los casos es debido a un disturbio del sistema de conducción nerviosa del corazón como un bloqueo AV, resolviéndose con la implantación de un marcapaso artificial, que garantiza una regularización de la actividad cardíaca con un consecuente mejor pronóstico y calidad de vida en estos pacientes.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

CONFLICTOS DE INTERÉS

El autor declara no tener conflictos de interés con la publicación del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Craig IH. Emergency Differentiation of Vasovagal Syncope from Stokes-Adams Attack. *Rev The Amer Jour of Cardio.*1984;54: 1155- 1157
2. Robert A, O'Rourke. Clinical Cardiology Series. The Stokes-Adams Syndrome, *The Western Journal of Medicine.* *Rev The Amer Hear Assoc.* 1972; 117(1): 96 -99
3. Johansson B. Review. Adams-Stokes Syndrome: A Review and Follow-up Study of Forty-two Cases. *Rev The Amer Jour of Cardio.* 1961; 76-93.
4. Chi-Fang You, Chee-Fah Ch, Tzong-Luen W, Tzu-Yao H, Chien-Chih Ch. Unrecognized paroxysmal ventricular standstill masquerading as epilepsy: a Stokes-Adams attack. *Rev Epileptic Disord.* 2007; 9 (2): 179-81
5. De Micheli A, Iturralde P, Fraustro AA. La cardiología en la obra anatomopatológica de G.B. Morgagni. *Rev Arch Cardiol Mex.* 2015;85(3):243-249.
6. G'ulcan M, Varol E, Sengeze N, Aksoy F, G'ulcan N. Adams-Stokes Attacks And Pseudoepileptic Convulsions: A Case Report Posters. *Rev Interna Jour of Cardio.* 2012; 211-212.
7. Khan IA. Mechanisms of syncope and stokes-adams attacks in bradyarrhythmias: Asystole and torsade de pointes. *Rev Cardio.* 2003;99 (1):54.
8. Abdon N, Johansson B, Lessem J. Predictive use of routine 24-hour electrocardiography in suspected Adams-Stokes syndrome. Comparison with cardiac rhythm during symptoms. *Rev Br Heart J.*1982; 47: 553 -558.
9. Mauri-Llerda JA. Epilepsias agudas sintomaticas. *Rev Neurol.* 2000;31(8):770-4.
10. Harbison J, Newton J, Seifer C, Kenny R. Eponym. Stokes Adams attacks and cardiovascular syncope. *Rev The Lancet.* 2002; 359: 158-160
11. Carano N, Ilaria B, Tchana B, Vecchione E, Fantoni S. Adams-Stokes attack as the first symptom of acute rheumatic fever: report of an adolescent case and review of the literature. *Rev Itali Jour of Pedia.* 2012; 38:61.
12. Rohatgi R, Gupta D. Stokes Adams attack as the first manifestation of acute rheumatic Fever. *Rev Interna Jour of Cardio.* 1993; 38: 203-204.

CORRESPONDENCIA

Ricardo Portillo-Pineda

Email: rmportillo7@yahoo.com



© Los autores. Este artículo es publicado por la Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada.