

QT largo frente a epilepsia

Avedillo Carretero MM¹, Martín Gómez C², Vecino MA³, Martín Martín P⁴, Jiménez Meléndez A⁵, Barrios Lobato R⁴

¹Centro de Salud de Toro (Zamora)

²Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Zamora

³Médico de Área. Zamora

⁴Centro de Salud de Parada de Molino (Zamora)

⁵Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora

El Síndrome de QT largo es una arritmia coronaria que afecta aproximadamente a una de cada 5.000 personas, y una de las principales causas de muerte repentina entre jóvenes.

CASO CLÍNICO

Paciente de 22 años de edad. Hermano fallecido súbitamente a los 9 años de edad y abuela materna con cuadros de dolor torácico atípico con fallecimiento a los 52 años. Hermana de 20 años con pérdidas de conciencia, diagnosticada de epilepsia con foco epileptógeno en EEG.

Comenzó con cuadro de mareo y síncope. Se realizó TAC craneal con punción lumbar y ecografía que fueron normales. Estuvo tomando carbamacepina hasta hace 10 años. Hace 8 años tuvo un cuadro de mareo en relación con esfuerzo, con palpitaciones precordiales y pérdida de conciencia con traumatismo cráneo-encefálico leve. Una ecografía también fue normal y la prueba de esfuerzo duró 12 minutos. Presión arterial normal.

Tuvo bigeminismo en el ECG que desapareció espontáneamente y posteriormente hizo una racha de taquicardia ventricular a 200 lpm, con QR ancho e imagen de bloqueo de rama derecha sin síntomas. Se realizó test de flecainida que fue negativo para síndrome de Brugada. Meses más tarde tuvo nuevo cuadro sincopal y en Holter presentaba QT normal.

El paciente ingresó en la Unidad Coronaria, donde se documentó bradicardia sinusal, arritmia sinusal y QT largo de 600 ms. Ecografía normal. Ante la sospecha de alteración congénita de QT se comenzó tratamiento con propranolol.

Prueba de esfuerzo bajo este fármaco: extrasístoles ventriculares parejas. Se implantó Holter subcutáneo que fue revisado rutinariamente sin que hubiera ningún tipo de eventos.

El paciente por lo demás se mantuvo completamente asintomático. Se explantó Holter dos años después. Tras ello se ha mantenido bien, sin ningún cuadro de mareos. Ergometría actual: algunas extrasístoles ventriculares aisladas. ECG: Rs, 65 lpm, QTc 430 ms.

El paciente refiere que se ha mantenido durante estos años asintomático, sin ningún tipo de eventos y haciendo vida activa normal incluyendo ejercicio físico.

Aporta ECG actual en ritmo sinusal con PR de 170 ms, imagen de bloqueo incompleto de rama derecha y QT corregido a 140 ms. Resto normal.

El juicio clínico definitivo fue de síndrome de QT largo congénito con cuadros sincopales y actualmente bien controlado con betabloqueantes.

Se pautó tratamiento con propranolol retard y revisión anual con ECG y prueba de esfuerzo con la medicación tomada.

COMENTARIO

En el síndrome del QT largo (SQTL) congénito se han identificado distintas mutaciones que afectan a los canales de sodio y potasio cardiacos. Los betabloqueantes son generalmente efectivos para prevenir la muerte súbita; sin embargo, en pacientes con la forma denominada LQT3 (por afectación del canal de sodio) la utilización de bloqueantes del canal de sodio (mexiletina, flecainida) puede ser una alternativa terapéutica eficaz.

Al igual que en otras enfermedades, algunas familias tienen mutaciones malignas y en ellos está justificada una conducta agresiva mediante implante del desfibrilador.

Algunas drogas, como la quinidina, pueden bloquear esta corriente utilizadas a dosis bajas, aunque no hay constancia hasta la fecha de que el tratamiento reduzca el número de eventos arrítmicos en el seguimiento a largo plazo.

Generalmente afecta a los niños y adultos jóvenes. También existe un mayor riesgo de padecer SQTL si otros miembros de la familia sufren este trastorno. En algunos casos medicamentos como los antiarrítmicos o los antidepresivos también aumentan el riesgo de padecer SQTL.

Las personas que sufren de SQTL no siempre tienen síntomas; los más comunes son el desmayo y la arritmia. A menudo presentan un intervalo QT prolongado durante el ejercicio físico, en momentos de emoción intensa (temor, ira, dolor) o como reacción a un sonido fuerte o alarmante. Generalmente han tenido por lo menos un episodio de desmayo antes de cumplir los 10 años de edad. Otras pueden tener sólo uno o dos episodios de desmayo en la niñez y a partir de ahí no tener ningún episodio adicional. En un tipo de síndrome de QT heredado uno de los síntomas es la sordera.

Es bastante habitual que un niño con síncope sea estudiado inicialmente por el neurólogo y etiquetado erróneamente como epiléptico y tratado como tal durante años antes de que se haga el diagnóstico correcto de síndrome del QT largo.

El SQTL se diagnostica comúnmente utilizando las siguientes técnicas:

- El electrocardiograma (ECG) convencional es el mejor estudio para diagnosticar el SQTL. El electrocardiograma registra la actividad eléctrica del corazón en formas de onda que pueden indicar un intervalo QT prolongado.
- El ECG de esfuerzo, también denominado prueba de esfuerzo, puede mostrar un intervalo QT anormal que un ECG en reposo posiblemente no detecte.

- El estudio Holter ofrece una lectura continua de la frecuencia y el ritmo cardiaco durante un período de 24 horas (o más). El paciente lleva un dispositivo de grabación (el monitor Holter) que se conecta a pequeños discos de metal (denominados electrodos) que se colocan sobre el pecho. Posteriormente se puede estudiar el registro impreso de la grabación para determinar si se produjo un intervalo QT prolongado.

Algunas personas con SQTL pueden no tener un intervalo QT prolongado todo el tiempo y, por consiguiente, no siempre se descubre el trastorno durante una revisión de rutina. Por eso es importante conocer los antecedentes médicos familiares. En toda familia en que se produzcan varios episodios de desmayo o que tenga antecedentes de muerte súbita, el SQTL puede ser la causa.

El tratamiento puede incluir cambios en el estilo de vida, medicamentos o cirugía.

Si se practican deportes competitivos, seguramente tras comenzar el tratamiento los pacientes con SQTL pueden continuar, siempre que lo hagan con moderación. Si tienen episodios de desmayo al hacer ejercicio, es conveniente que siempre se encuentren acompañados por alguien que pueda conseguirles asistencia sanitaria si la necesitan.

Los medicamentos más comúnmente prescritos son los betabloqueantes, que han demostrado reducir los síntomas del SQTL en los pacientes sintomáticos; también son eficaces en pacientes que han sido diagnosticados con SQTL pero que no presentan síntomas. En estos casos, es muy probable que se prescriba un betabloqueante para prevenir los síntomas del SQTL.

Cuando el SQTL produce fibrilación ventricular no controlada, posiblemente sea necesario implantar un desfibrilador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodés Guardia - Segunda edición.
2. Merck - Undécima edición.