



Figura 1 Gammagrafía de innervación miocárdica con 123 yodobencilguanidina, que muestra una escasa innervación adrenérgica cardíaca, con un índice de corazón/mediastino precoz y tardío disminuido.

El síndrome de Bradbury-Eggelton es conocido desde 1925. Es muy poco frecuente, de manera que en la literatura médica tan solo hay comunicaciones de casos aislados. Su forma de presentación más frecuente consiste en HO aislada. Otras manifestaciones se derivan de la afectación autonómica (estreñimiento, diarrea, síntomas prostáticos, nicturia, retención urinaria, disfunción sexual, ...). Su tratamiento consiste fundamentalmente en la adopción de medidas de reeducación higiénico-dietéticas. En algunas ocasiones la HO requiere un tratamiento farmacológico, consistiendo fundamentalmente en la administración de mineralocorticoides. En los casos en los que se acompaña de hipertensión supina se pueden utilizar antihipertensivos de vida media corta.

Bibliografía

1. Freeman R, Wieling W, Axelrod FB, Benditt DG, Benarroch E, Biaggioni I, et al. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. *Clin Auton Res*. 2011;21:69–72.
2. Schmidt C, Berg D, Prieur S, Junghanns S, Schweitzer K, Globas C, et al. Loss of nocturnal blood pressure fall in various extrapyramidal syndromes. *Mov Disord*. 2009;24:2136–42.
3. Kaufmann H. Neurally mediated syncope and syncope due to autonomic failure: Differences and similarities. *J Clin Neurophysiol*. 1997;14:183–96.

4. Kaufmann H, Nahm K, Purohit D, Wolfe D. Autonomic failure as the initial presentation of Parkinson disease and dementia with Lewy bodies. *Neurology*. 2004;63:1093–5.
5. Freeman R. Pure autonomic failure: An immaculate misconception. *Neurology*. 2004;63:953–4.
6. Goldstein DS, Robertson D, Esler M, Strauss SE, Eisenhofer G. Dysautonomias: Clinical disorders of the autonomic nervous system. *Ann Intern Med*. 2002;137:753–63.
7. Goldstein DS, Sharabi Y. Neurogenic orthostatic hypotension: A pathophysiological approach. *Circulation*. 2009;119:139–46.
8. Goldstein DS, Holmes C, Cannon RO 3rd, Eisenhofer G, Kopin IJ. Sympathetic cardioneuropathy in dysautonomias. *N Engl J Med*. 1997;336:696–702.

R. Roa-Chamorro^{a,*}, J.D. Mediavilla-García^a,
J. Ramírez Taboada^a y F. Escamilla-Sevilla^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Servicio de Neurología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ricardoroa@gmail.com

(R. Roa-Chamorro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.12.005>

Taponamiento cardíaco atípico en una paciente octogenaria



Atypical cardiac tamponade in an octogenarian female

Sr. Director:

La presentación clínica del síndrome de taponamiento cardíaco es heterogénea debido a sus etiologías muy variadas y a las características de la compresión de las cavidades cardíacas¹. La edad avanzada y el sexo femenino son facto-

res de riesgo conocidos del desarrollo de complicaciones de la cirugía cardíaca^{2,3}. Presentamos el caso de una paciente de edad avanzada que desarrolló un taponamiento cardíaco 6 meses después de una sustitución valvular aórtica, debido a una etiología poco frecuente, cuyo conocimiento puede resultar de interés para internistas generalistas hospitalarios.

Mujer de 83 años con antecedentes de dislipemia, hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica moderada. Seis meses antes se le había realizado sustitución valvular aórtica. Tras la intervención, sin complicaciones clínicas ni ecocardiográficas en las revisiones ulteriores. Actualmente refería clínica disnea de pequeños esfuerzos

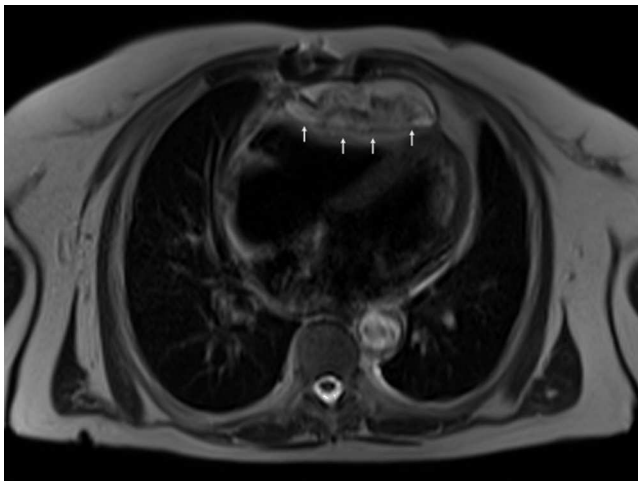


Figura 1 Resonancia magnética nuclear en la que se aprecia la presencia de una masa retroesternal (flechas blancas), que comprime la pared anterior del ventrículo derecho, de intensidad heterogénea, que sugiere densidad grasa.

y edemas maleolares gravitativos, junto a síncope desencadenados por maniobras de Valsalva. En la exploración física destacaba la presencia de ingurgitación yugular, pulso paradójico y hepatomegalia. Un ecocardiograma transtorácico evidenció la presencia de una masa retroesternal que comprimía la pared anterior de ventrículo derecho. La resonancia magnética cardíaca y la tomografía axial computarizada confirmaron la presencia de una masa de intensidad heterogénea, que sugería densidad grasa (fig. 1). En los informes quirúrgicos se refería la interposición de grasa mediastínica debido a laceración del ventrículo derecho. Se realizó tratamiento quirúrgico que comprobó la presencia de una masa que correspondía a grasa degenerada, que fue resecada en su totalidad, con descompresión cardíaca. El curso postoperatorio cursó sin complicaciones. Seis meses

después de la intervención la paciente permanece asintomática.

La pared libre del ventrículo derecho es extremadamente friable, especialmente cuando el miocardio está tapizado por grasa epicárdica, circunstancia mucho más frecuente en edades avanzadas. En estos casos, para evitar el desarrollo de laceraciones cardíacas las maniobras de manipulación cardíaca durante cualquier cirugía deben de realizarse con sumo cuidado^{2,3}. Se han descrito diversas técnicas quirúrgicas de reparación miocárdica a seguir sobre todo en pacientes de edad avanzada.

Bibliografía

1. Pant I, Smith A, Thomas T, Aiyappan V. A woman with progressive lethargy and sudden onset of shortness of breath. *Clin Med*. 2013;13:625-7.
2. Kwon JT, Jung TE, Lee DH. The rupture of atrioventricular groove after mitral valve replacement in an elderly patient. *J Cardiot-horac Surg*. 2014;9:28.
3. Hosono M, Shibata T, Sasaki Y, Hirai H, Bito Y, Takahashi Y, et al. Left ventricular rupture after mitral valve replacement: Risk factor analysis and outcome of resuscitation. *J Heart Valve Dis*. 2008;17:42-7.

J. Gualis^{a,*}, M. Castaño^a, M.Á. Rodríguez^b y C. García^c

^a Servicio de Cirugía Cardíaca, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^b Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^c Servicio de Anestesia, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javgua@hotmail.com (J. Gualis).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.12.003>

An electronic decision support system for the management of patients at risk of arteriosclerotic cardiovascular disease



Un sistema de apoyo a la decisión electrónica para la gestión de pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular arteriosclerótica

Dear Editor,

In the field of prevention of atherosclerotic cardiovascular disease there is a significant gap between the recommendations of clinical practice guidelines (CPGs) and their achievement in real clinical practice. In a recent European cross-sectional study in diabetic patients, 52.5%, 37.4% and 80% had a poor control of low density lipoprotein cholesterol (LDLc), glycosilated hemoglobin (HbA1c), and blood pressure (BP), respectively.¹ Similarly, 45% of Spanish patients

with a history of coronary revascularization had inadequate levels of LDLc.² In a lower risk scenario, only 15% of patients with hypertension showed a controlled office and ambulatory blood pressure.³ The large amount of information, the different CPGs approaches and their constant updating, and the huge number of variables to consider when facing cardiovascular risk of an individual patient, make it difficult to achieve the recommended treatment targets. In this setting, decision support systems (DSS) could improve patient-centered application of cardiovascular risk CPGs recommendations although few studies have tested this hypothesis.

We have designed a multiplatform decision support system (Arteriotarget) for physicians involved in cardiovascular care. Arteriotarget has been designed in accordance with the European CPGs currently at work.¹ It collects relevant information from individual patients and crosses it with the recommendations of CPGs in order to provide personalized recommendations for each subject.

Using the data introduced by the physician, Arteriotarget shows the estimated cardiovascular risk and the