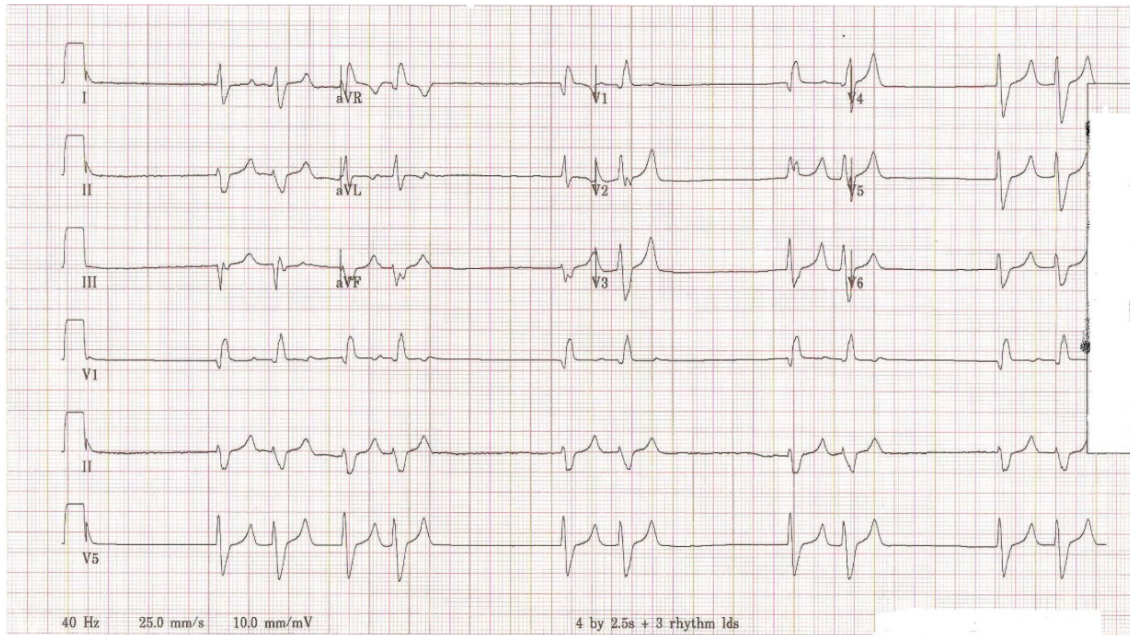


Male 78 year old arrived to ER with complaint of dizziness, SOB and moderate chest pain with onset of two hour before arrive to ER.



OPINIONES DE COLEGAS

Agradecido por el Interesante ECG que nos envía el Dr. F. Yanowitz, al cual no le veo ningún tipo de actividad auricular, o sea, no identifico onda P (¿P counclead?, ¿Bloqueo sinoatrial completo?, ¿ritmo sinoventricular?); QRS ensanchados (+o- 150 ms); la respuesta ventricular es irregular y +o- 60x min (en 6 segs. viendo el DII largo), y en el que los QRS se parecen, pero no son iguales, (al verlo por primera vez me pareció un ritmo de la unión con extrasístoles ventriculares y paradas sinusales frecuentes, de 1.2 a 1.7 segs.). El Int. QT lo observo a +o- 420 ms. El AQRS a -70 a -80°, y parece tener morfología de BCRD, no veo supra ni infra desniveles del segm. ST mayores de 1 mm. La ondas T de base ancha, alta y picudas en el plano horizontal también nos obliga a descartar la isquemia subendocárdica que se aprecia en los primeros momentos de un SCA. El asunto es que he visto esta morfología en casos de hiperkalemia con hipocalcemia en pacientes nefrópatas crónicos (hasta terminales). Bueno, esta es mi primera impresión, y estoy seguro que saldrán otras mucho mejores y acertadas, de Ustedes atte, Dr. Ricardo Pizarro

Comparto la interpretación del EKG:
Fibrilación Auricular, Bloqueo Bifascicular: Completo de Rama Derecha y Hemibloqueo Anterrosuperior, con pausas por probable bloqueo completo Aurículo ventricular. Descartar Trastorno Hidroelectrolítico, Efecto de Digital, Bloqueadores de calcio o Betabloqueadores. Requiere Marcapaso transitorio o definitivo según la evolución.

Saludos
Miguel Chahín

El ECG impresiona de un Síndrome de Bradi-Taqui que provoca un cuadro de bajo gasto y de angina hemodinámica.

Saludos,

Javier García Niebla

Acerca del ECG del Dr. Yanowicz:

Es un ECG muy interesante. Mi impresión diagnóstica es:

- 1) Fenómeno de bigeminia escape-captura. En las tiras de ritmo el primer latido impresiona un latido de escape con patente de BCRD + HAI + onda Q inicial patológica. En el segundo latido existe una P sinusal (inmediatamente después de la onda T) que conduce con la misma morfología del latido precedente y
- 2) finalmente una larga pausa que podría deberse a un bloqueo sinoauricular o paro sinusal. No observo claramente en esa pausa ondas P por lo que descarto el BAVC.
- 3) En V1-V2 impresiona supradesnivel del ST con ondas T positivas en presencia de BCRD. El paciente presentó dolor torácico de dos horas de evolución esto podría ser compatible con un IAM.

Agradeceré que me digan cuánto me equivoqué, así sigo aprendiendo y aprehendiendo de los que más saben. Un abrazo, Oscar.

Oscar Pellizzon

Estimados colegas.

En este interesante ECG puedo interpretar lo siguiente:

- Ritmo no sinusal, con frecuencia de 66 lat x min. Eje del QRS - 70 grados. QT y QRS prolongados.
- Existe un disturbio en el automatismo sinoauricular, caracterizado por ausencia de onda P , que a veces impresiona aparecer aislada , siguiendo la onda T del 3er complejo de escape ventricular en AVL, AVF y V1 , pausas sinusales que no superan los 3 seg.
- Patrón de Bloqueo Completo de rama derecha + Bloqueo divisional superoanterior izquierdo.
- En derivaciones precordiales de las tiras inferiores, ausencia de ondas P, con irregularidad de onda R y QRS con evidentes trastornos de la conducción intraventricular.(¿ FA con Bloqueo bifascicular?) Aunque desearía ver un DII largo , ya que solo existen dos complejos por derivaciones.

A mi criterio existe:

1) Disfunción Sinoauricular de etiología no precisada . (Extrínseca por fármacos como BB, anticálcicos, digitálicos, clase III como Amiodarona , Sotalol, clase I-C. Extrínseca secundaria a proceso degenerativos, isquémicos, miocardiopatías, otros).

2) Bloqueo Bifascicular (BCRD + BDSAI).

En nuestro medio vemos frecuentemente en esta edad, estos trastornos de conducción previos que se agravan tras la administración de drogas clase III (Amiodarona, Sotalol) que prolongan él período refractario a distintos niveles del sistema de conducción. En estos casos la conducta es expectante. Si repercusión hemodinámica implantar MP transitorio.

Si no regresa o empeora el trastorno, o continúa sintomático, se procede a estimulación permanente con marcapaso, con modalidad DDD (bicameral).

Un cordial saludo.

Dr. Francisco Rguez Martorell.
Habana . Cuba.

Hola, además del BCRDHH y HBAI creo que este ECG tiene marcadores de enfermedad del nodo sinusal como lo es el síndrome bradi-taquicardia en el que se observan periodos de arritmia auricular como la Fibrilación auricular, que alterna con periodos de

bradiarritmia por pausa sinusal, por lo que cabria buscar la etiología (intrínseca o extrínseca) y actuar en consecuencia.

Adéu i molt bon Nadal a tothom!!!

Dr. Tomás Campillo.

Hola a todo el foro, considero muy interesantes sus opiniones en este trazo, me queda una duda y esta es si revisamos la morfología de V1 observamos la presencia de una onda Q muy ancha con muescas, por lo cual podríamos pensar en la posibilidad de que este trazo nos muestre una zona de necrosis o fibrosis del tercio medio del septum además de los múltiples trastornos de conducción.

Atentamente

Dr. Ramón Vázquez Gascón.

Puerto Vallarta, Jal. México.
