

Paciente masculino de 85 años que refiere mareos con los cambios posturales

Dr. Martín Ibarrola

Estimados integrantes del foro les envío el siguiente caso, se me sugirió ponerle título al envío.

Deseo conocer sus opiniones diagnosticas y conducta.

Paciente masculino de 85 años en seguimiento que refiere mareos con los cambios posturales.

AP: IAM inferior hace 20 años sin deterioro de la FS en eco actual.

ACV sin secuelas (hemianopsia homónima) hace 4 meses, SCA hace 1 mes y angioplastia a DA y CX (stent sin drogas), CD oclusión crónica proximal con adecuado flujo distal por circulación colateral., DBT, dislipidémico, HTA, adecuada función renal sin proteinuria (Cr 1,3, clearance calculado por formula de 64 ml/min hace 7 días). Ateromatosis carotídea con placas menores del 35%. Flujos conservados.

Ultimo lab luego de la angioplastia: Hto 42, Cr 1,3. LDL 68, TG 103. Na 140, K 3,8. Gluc 98, Hb glicosilada 6,4.

Tratamiento actual: Enalapril 10 cada 12 horas, Carvedilol 3,125 cada 12 horas, AAS 325 mg día, clopidogrel 75 mg día. Atorvastatina 40 mg/día. Metformina

EF: TA 135/70. R1 R2 conservados. No soplos carotídeos.

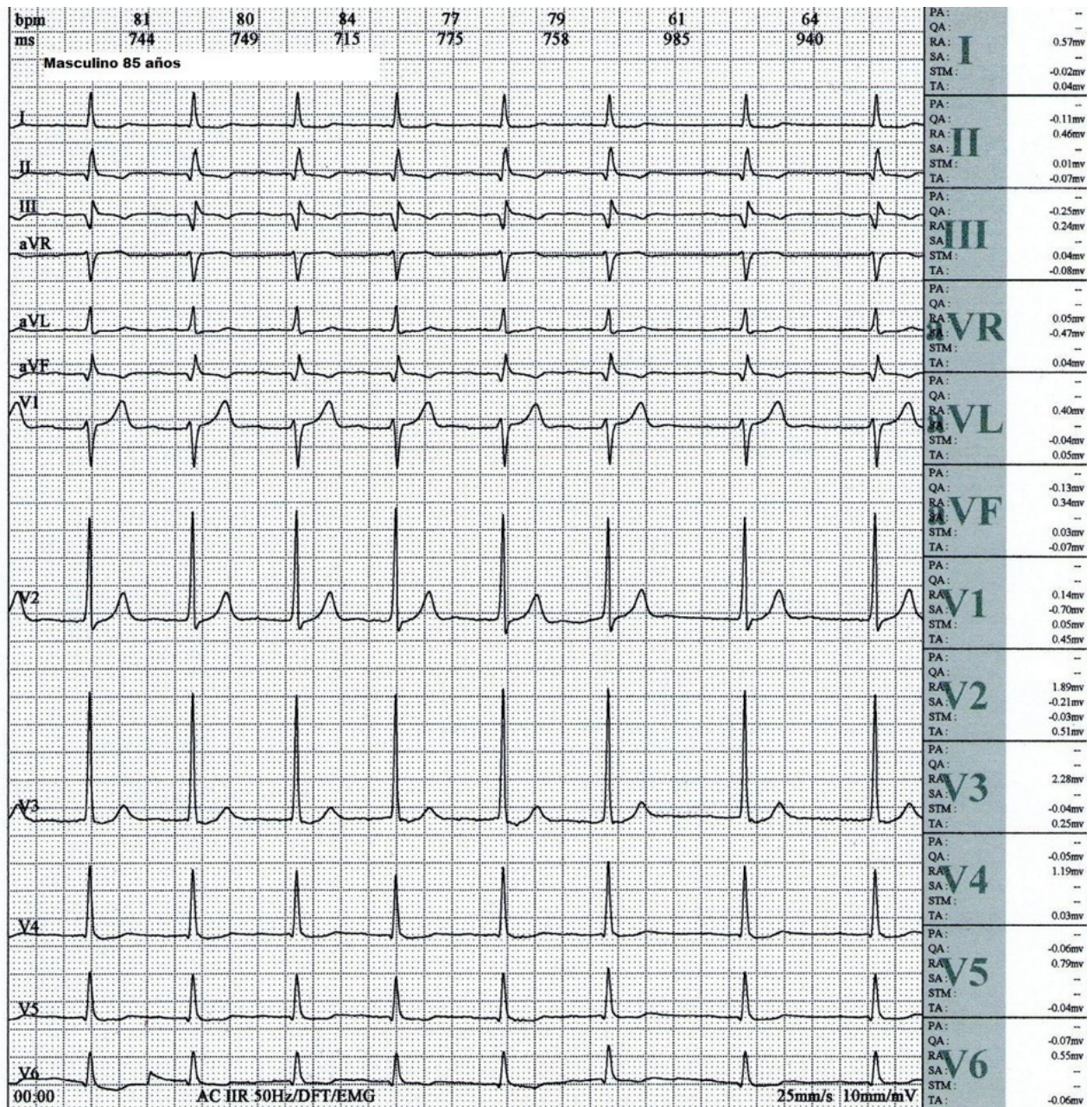
Adjunto ECG y Holter, en el cual no presenta pausas, asintomático.

¿Diagnóstico?

¿Conducta que creen apropiada de acuerdo a esto?

Saludos

Martin Ibarrola



Hola querido Amigo, lindo caso y de todos los días, para los que vemos añosos, Sobrevivió a todo tu paciente, ¡qué suerte!, probablemente los episodios que presente son debidos a un mezcla, de edad avanzada, hipotensión postural por disautonomía (diabético) asociada a los vasodilatadores. Creo que si los mareos no son muy importantes, adecuaría la medicación a la situación actual del paciente, y no haría absolutamente nada más, con todo lo que pasó este buen hombre, cuidaría que no se caiga y se fracture la cadera, lo que sería el principio del fin.

Si tu caso va dirigido a si tendría indicación de CDI, marcapasos, o si hay que profundizar en el estudio de sus mareos, mi respuesta es un **no** absoluto.

Un fuerte abrazo,

Francisco Femenia (Pancho)

Analizaré el caso del Dr. Martin Ibarrola

Primero este paciente tiene un bloqueo de primer grado muy probable infranodal (260ms)

Segundo tiene un infarto crónico que alguna vez fue inferolateral, pero los complejos laterales crecieron con el tiempo (20 años, con LVEF normal)

Tercero los complejos son muy finos en los complejos precordiales, fenómeno muy frecuente en ancianos por la desaparición de miocitos a través de apoptosis; los miocitos que sobreviven se hipertrofian y se mofan las proteínas liberadas y también las conexina 43, por eso los complejos finos y altos en V2, V3

Cuarto yo le doy nunca a un anciano vasodilatadores (bloqueadores de enzima que convierte la angiotensina I en II o bloqueadores de los receptores de angiotensina II o bloqueadores del calcio o bloqueadores de receptores alfa) junto con un bloqueador simpático, porque siempre disminuyen la frecuencia sinusal.

¿Por qué lo digo esto? porque esta combinación medicamentosa provoca bajada de presión es decir vasodilatación y bradicardia al pararse provoca mareos y a veces síncope o cansancio muy marcado al caminar (cuando más necesita taquicardia sinusal y no la tiene)

Esto no está escrito en los libros y de mi experiencia propia o será que lo lei en alguna parte y me hago el burro

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Querido Martincinho: Seu paciente idoso com elevada probabilidade deve ter uma hipotensão postural. Dá-se o nome de hipotensão postural ou ortostática à queda de pressão sanguínea quando um indivíduo passa da posição deitada ou sentada a posição erecta. Esta manifestação costuma estar associada com idade avançada, aterosclerose e diabetes. Tudo o que seu paciente tem. Pode ser causada por outras causas como hipovolemia, resultado do uso excessivo de diuréticos e vasodilatadores, de desidratação. Ademais se pode associar a doença de Addison e outras desordens neurológicas como a síndrome de Shy-Drager. Os sintomas são: tonturas, visão turva e até perda temporária de consciência.

Em relação ao ECG mostrado o paciente apresenta um ritmo de suplência juncional ostensível melhor em V3 onde pode se ver as ondas P ocorrendo logo após os QRS.

Além de área eletricamente inativa inferior apresenta forças anteriores proeminentes de V2 a V4 assinalando segundo a nova nomenclatura de Bayés área inativa lateral (antigo infarto dorsal). Além disto há uma possível diminuição da voltagem das R na parede lateral baixa (V5-V6)

Seria um antigo infero-apico-latero-dorsal.

Como o paciente teve um infarto por oclusão proximal da RCA seguramente esteve involucrada a artéria que nutre o Nó SA o que ocasionou a perda do comando sinusal e assumiu o Nó AV subsidiário. Este paciente sofrera um IM grande tal vez de VD associado deveria ter um cálculo da FE algo comprometido. Você diz que a função sistólica está bem mas é muito importante saber a fração de ejeção por ser este marcador de prognóstico mais valioso num post infartado.

Sendo um hipertenso que fez um AVC no passado possivelmente teve picos hipertensivos responsáveis pela lesão de órgão alvo. Me parece tímida a medicação atual. Não estaria seguro com ela. A dose de carvedilol está baixa demais deveria se atingir com aumentos progressivos a dose plena (50mg /dia). Sem temor.

Indicaria uma MAPA/24h (monitorização Ambulatorial da PA) com o intuito de avaliar se sua pressão arterial está sendo convenientemente controlada de dia e de noite e modificaria (ou não) as doses de acordo a este resultado.

A dose de metformina deveria ser distribuída em 2 tomadas tipo 850mg 2 x dia desde que a tolere.

Andrés R. Pérez Riera (Petro)

Hola querido Pancho, espero estés bien.

En el caso que envié no realicé pruebas de disautonomía. pero una pregunta para vos y el Maestro y querido Samuel.

¿Les impresiona que tiene ritmo sinusal con BAV o el ritmo es nodal?

No encuentro ninguna onda P en todo el trazado.

Les envío un extracto de tira del Holter.

Maestro Samuel: recibe BB por EV frecuentes y episodios como los que observa en el Holter. la combinación con IECA de éstos está dado que se trata de un diabético PAN vascular y aparte de la nefroprotección, el efecto antiaterogénico del mismo es el motivo de la indicación.

¿Están seguros que se encuentra en ritmo sinusal?

Un saludo

Martin Ibarrola

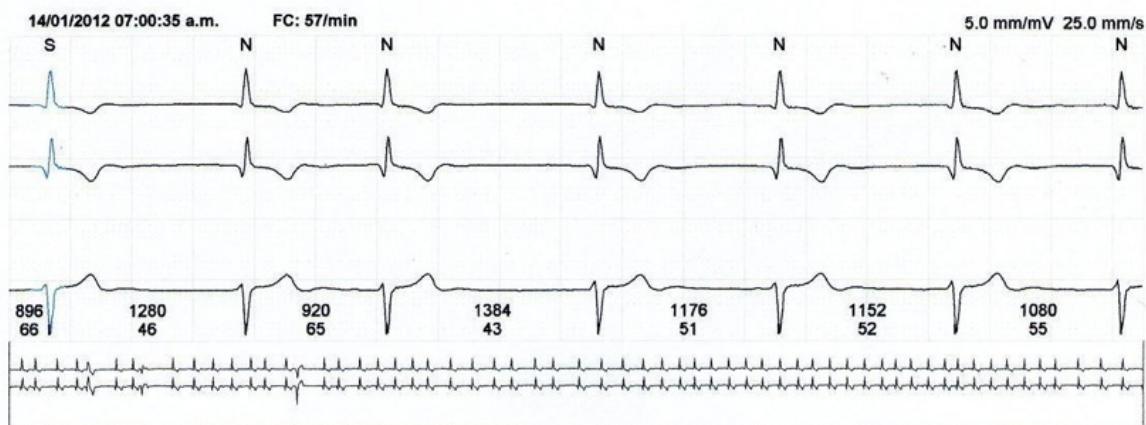
DR MARTIN IBAROLA 4668-1110

13/01/2012 01:30:57 p.m.

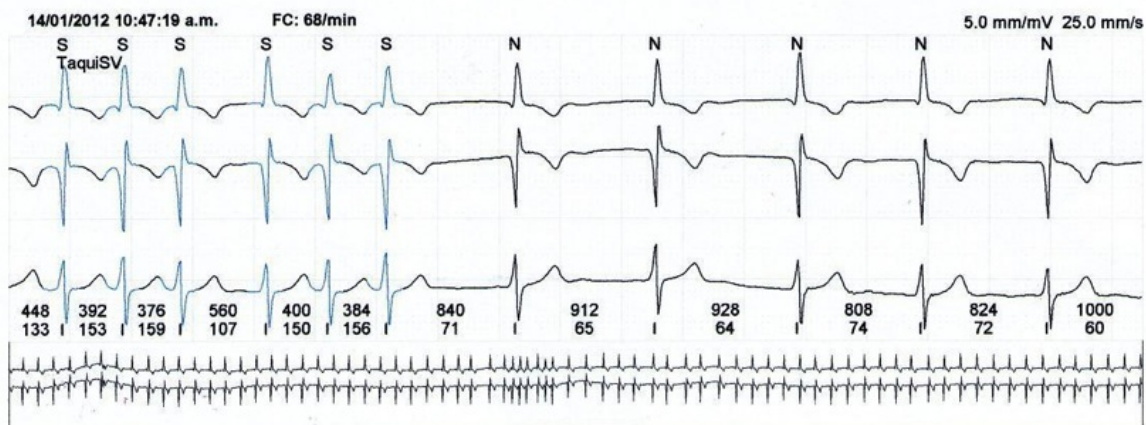
Nombre del pac.: Masculino 85 años

Nº del paciente. :

Seleccionado :



Comentarios :



Comentarios :

Estimado Martín

· El ECG muestra onda P, de bajo voltaje, pero onda P hay. Existe al final del ECG variación en el RR, habría que determinar si no hay arritmia sinusal respiratoria.

·BAV 1°

·Necrosis ínfero-lateral. Me llama la atención el resalto de R de V1 a V2, porque podría ser también dorsal o posterior.

·¿Por qué el carvedilol?

·Conducta ninguna. Tratamiento de los factores de riesgo.

Gran abrazo.

Oscar Pellizzon.

Querido amigo Dr Martin Ibarrola: la onda P esta muy aplanada, debido a una severa fibrosis de la aurícula izquierda, como se ve en personas ancianas con mucho tiempo de patología isquemica, o sobrecarga sistólica

Lo que es interesante es que los QRS finos y altos en las derivaciones precordiales y se debe a 2 mecanismos 1) el apoptótico, como me he referido antes y 2) el "gene fetal reactivo", es el mismo gen dormido que se despierta a la vejez y produce la misma hipertrofia longitudinal que el recién nacido

Yo tengo en mi archivo ECG de niños de 7 años y ancianos de 97 que no se puede diferenciar las derivaciones precordiales entre ellos.

Esto lo mostré en el XXVI congreso mundial de Cardiología en BS AS

Si alguien tiene interés en el tema, le enviare los diapositivos

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Respuesta para Oscar y para el Maestro Samuel

Fijate Oscar en 3 con detalhe y veras una P despues de cada QRS. Está clarito. Es un ritmo juncional. Yo tuve la misma duda tuya viendo DII me parecía una P de muy baja voltaje con PR longo. Mas este paciente tiene obstrucion proximal de la CD y se há producido la perdida del comando sinusal por infarto de la arteria del nodule sinusal.

Las fuerzas anteriores proeminentes de V2 a V4 (R amplias) me indican el antiguamente denominado infarto dorsal en fase crónica con T amplias dirigidas para adelante.

La explicación que está dando Samuel del gen apoptótico y el gen fetal reactivo para mi es extraña nunca he leído esto. ¿Donde esta publicado esto Samuel? Contrariamente esta lleno de publicaciones que muestran desplazamiento de las fuerzas hacia adelante por perdida de las fuerzas posteriores. Y este paciente tiene una RCA proximal ocluida y una CX que tuvieron que ponerle stent.

Samuel por Dios fijate en el dibujo y pone a funcionar el Brain!

Con cariño maestro usted sabe que mi critica es para ayudar.

Mas su conocimiento es tan profundo que filosofa a lot!

Andrés (Petro)

Querido Maestro Samuel y Oscar les envío el ECG a 50x20; no se observó onda P, tiene en el ECO CAI pero no una severa dilatación de la AI.

¿Por qué pensar en severa fibrosis de la onda P cuando no se observa?.

No comprendí porqué en este paciente dislipidémico, DBT (ya toma metformina 2 veces al día), coronario con IAM previo y angioplastiado con stent hace 1 mes, PAN vascular con ACV previo, la combinación de IECA y beta bloqueantes le parece inapropiada?

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

20x50

ECG

Name

Sex : Male

Age : 85

Clinic No. :

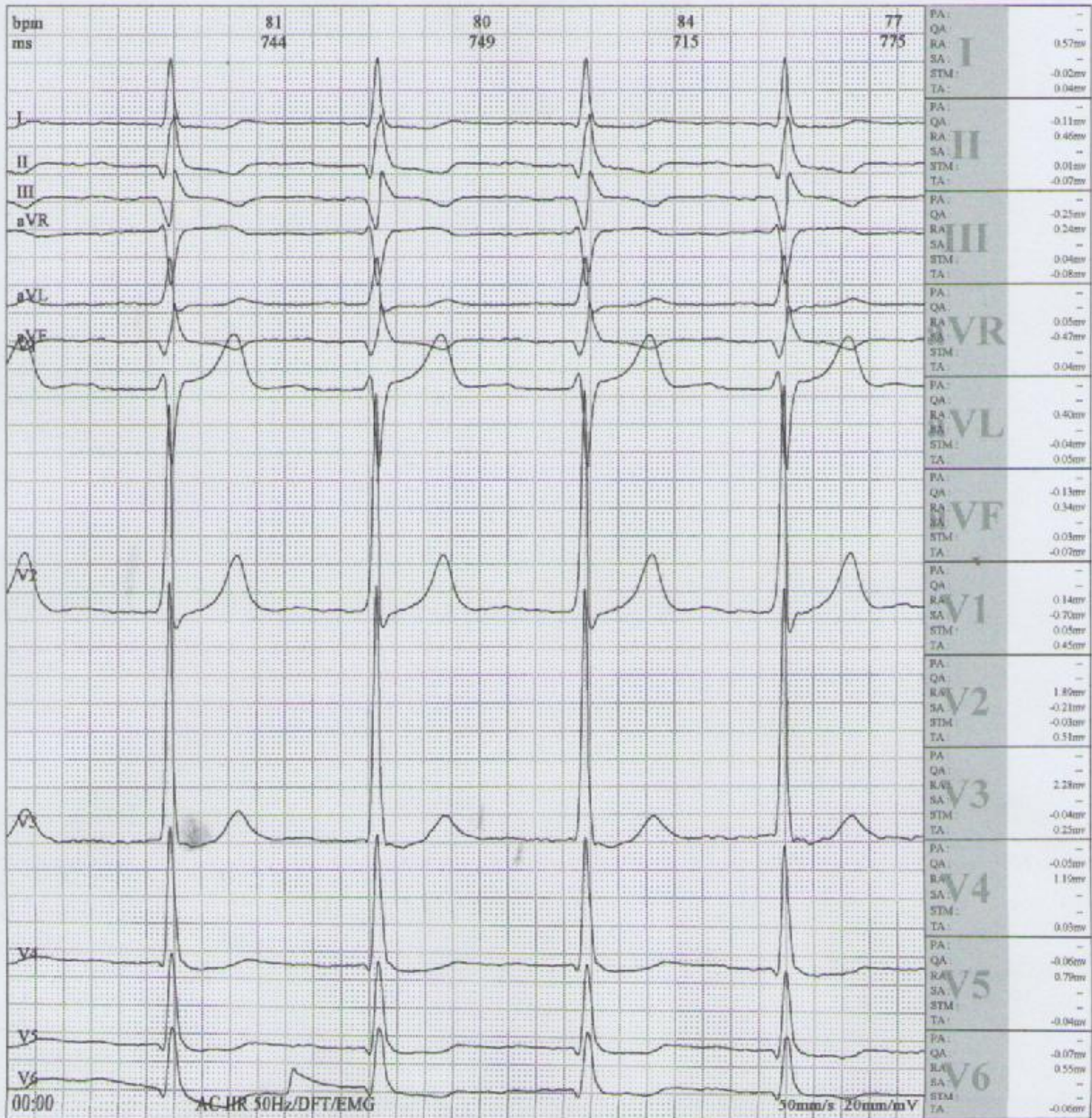
Section :

SN : 0000779

Case No. :

Bed No. :

Date : 27/01/2012



Querido amigo Dr. Martin Ibarrola, este trazado tiene 50mm /seg de velocidad y AVL se ve la onda Pen en el mismo lugar.

¿Por qué onda P tan aplanada y casi inadvertida? es porque el tejido fibrótico ocupa el lugar del miocito auricular y desorganiza la depolarización.

Un fraternal abrazo
Samuel Sclarovsky

Queridos amigos tengo un argumento en mente que con enorme tranquilidad irá esclarecer estos puntos de vistas antagónicos con clareza meridiana

- 1) El paciente está en ritmo sinusal con una P casi invisible tipo ritmo sinoventricular con PR prolongado o esta en ritmo juncional
- 2) El paciente ha perdido massa muscular posterior y consecuentemente predominan las fuerzas anteriores y por eso las R son amplias de V2 a V4? o es un reactive fetal gene o apotposis?

Le pedimos a Martín que haga un nuevo electrocardiograma del provento pero esta vez adicionando las derivaciones accesorias V7, V8 y V9.

Los infartos dorsales pueden reconocerse en forma directa sólo por las derivaciones accesorias localizadas entre el omóplato izquierdo V7, V8 y V9.

Robert Zalenski, profesor de medicina de emergencia de la Wayne State University de Detroit y cols. publicaron que el uso rutinario del ECG con 15 derivaciones usando V4R, V8 y V9 aumenta significativamente la sensibilidad para el diagnóstico de los síndromes coronarios, especialmente en la detección del infarto del miocardio de VD y dorsal. (1) .

Si el trazado en estas derivaciones nos muestra QS o Qr con duración de Q $\geq$ 40ms (0,04s) yo tendré razón caso contrario puede ser que sea la teoria de Samuel.

Segundo le pedimos a Martin que rode otro ECG esta vez con standard doble (2N) y a velocidad tambien doble (50mm/segundo) Que va ocurrir? Las P que son extremadamente pequenas aumentaran con voltajes exponencialmente mayores y se podrá ver de donde provienen.

Esto es lo que hizo Fontaine para conseguir sus famosas ondas epsilon que se ven apenas en 30% de los casos en el ECG

Acabó la discusión y esperemos a Martincinho nos muestre estos nuevo trazado.

Alguien no está

Potro.

1) Zalenski RJ, et al. Ann Emerg Med 1993;22:786-793

Estimados amigos foristas

Mi opinión :

1- El ECG muestra un rimo de suplencia de la unión nodohisiano (mal llamado nodal, ya que la zona nodal carece de celulas automáticas) con frecuencias de 50 x minuto, ante la presencia de una asistolia auricular, ya que el paciente presenta una obstrucción de la CD proximal con posible compromiso de la arteria del nódulo sinusal. Fundamento en que se observa claramente en la derivacion V3 ondas P que suceden al QRS. (En estos

casos es importante una derivación esofágica para confirmar lo mencionado) u observar si en el Doppler existe claramente onda espectral con ondas E seguidas de A o si son monofásicas. La presencia de contracción auricular precediendo (y no sucediendo) al QRS es importante para la sincronía AV y su hemodinamia, ya que una contracción auricular coincidente con la ventricular lleva muchas veces a fenómenos de hipoperfusión por estimulación de presorreceptores, o desencadenan FA

2. En el Holter se observan episodios de fibrilación auricular paroxística, alternando con ritmo de la unión

Por lo tanto opino que el paciente presenta DISFUNCION SINO AURICULAR, CON SINDROME BRADI TAQUI de etiología isquémica

Por lo tanto mi opinión acerca de la conducta a seguir

1- marcapaso DDDR activado en AAIR a 70 -75 minuto para mejorar perfusión cerebral y sistémica y supresión de FA

2- anticoagulación (warfarina vs dabigatran) por sus antecedentes de ACV

3- fármacos para su coronariopatía - DBT - HTA

Juan José Sirena
Santiago del Estero, Argentina

Querido Maestro Potro: veré si puedo convencer al paciente ya que lo derivé a colocar marcapasos (sino se lo coloco aun cosa que creo poco probable) lo llamo y le realizo los ECG sugeridos.

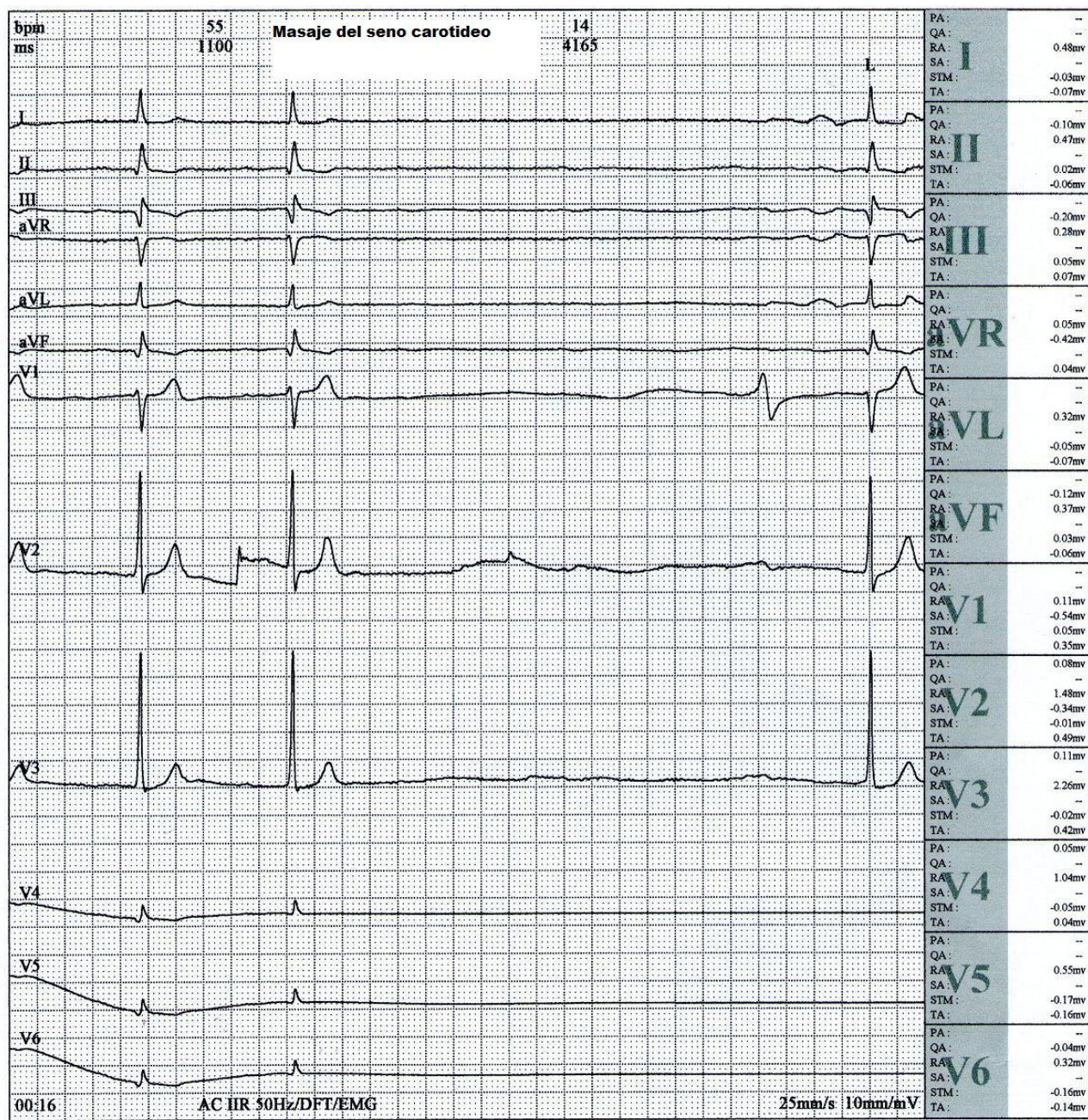
Volviendo a lo que si presenta nuevo el paciente comparto plenamente la opinión del Dr Sirena, mi única pregunta a este es si lo anticoagularía previo a la colocación del marcapasos?

Le pedi un DDDR como Ud sugiere. No consideré la anticoagulación hasta la colocación del marcapasos.

Envío el último ECG en mi búsqueda de las tan mentadas ondas P le realicé un masaje del seno carotideo y esto apareció; el paciente solo refirió un leve mareo.

Saludos

Martin Ibarrola



Con lo que muestra ahora no hace falta más nada.
Potro.

A propósito de esta linda polémica. El hecho me remonta a una enfermedad terrible la enfermedad de Duchenne-Erb o pseudo hipertrófica infantil maligna. En esta enfermedad genética, el capricho de la naturaleza ha hecho que ocurra en el miocardio de estos pacientes algo parecido a este anciano de Martín, En este caso una atrofia selectiva basal dorso lateral e inferior, lo que condiciona el desplazamiento de las fuerzas para adelante y a la izquierda dando onda R amplias en precordiales derechas y pseudo infarto inferolaterodorsal.

Andrés

