

Masculino de 69 años con angor tipo II - 2011

Dr. Martín Ibarrola

Estimados integrantes del foro deseo presentarles este caso para escuchar sus opiniones..

Pte masculino de 69 años que concurre a la consulta por angor CII desde hace 30 días, episodios de palpitaciones y mareos. Sin síntomas neurovegetativos.

AP: HTA. Hipercolesterolemia. IAM apical en 7/2009. Medicado con Carvedilol 3,1235 mg. Enalapril. Hipocolesteromeliantes. AAS.

EF: TA 130/80, R1, R2 normal. No soplos. No signos de ICC.

En el último mes han agregado al tratamiento alfa bloqueantes por Hipertrofia prostática.

¿Cuál es el diagnóstico ECG? Luego si desean les adjunto las imágenes de Holter previo y actual y resultados de estudios previos.

¿Conducta?

Saludos

Martin Ibarrola

Distinguido Martín, el angor de su paciente podría tener origen hemodinámico, episodio de las palpitaciones. Me parece ver un PR muy corto y no descartaría un WPW.

Si no hay signos de fallo cardíaco me inclinaría más por la arritmia como factor etiológico. Espero el resultado del Holter y la ecocardiografía doppler.

Saludos,

Dr. Oswald Londono

Muchas gracias Dr. Londono:

En el paciente mencionado, en el ECO FS conservada con acinesia apical. CAI. FEY calculada por Simpson 48%. En estudio de perfusión previo, secuela apical con FEY conservada.

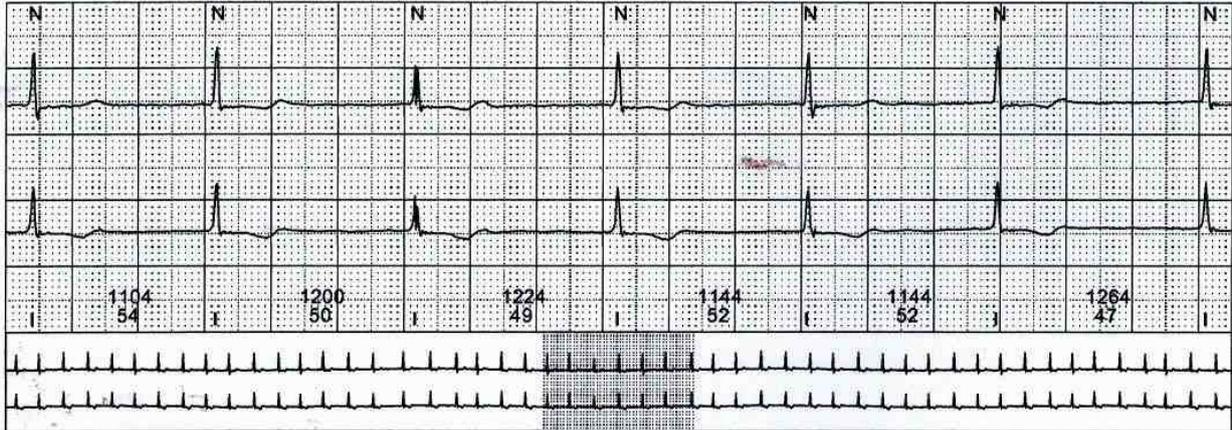
Adjunto eventos registrados en el Holter.

Saludos

Martin Ibarrola

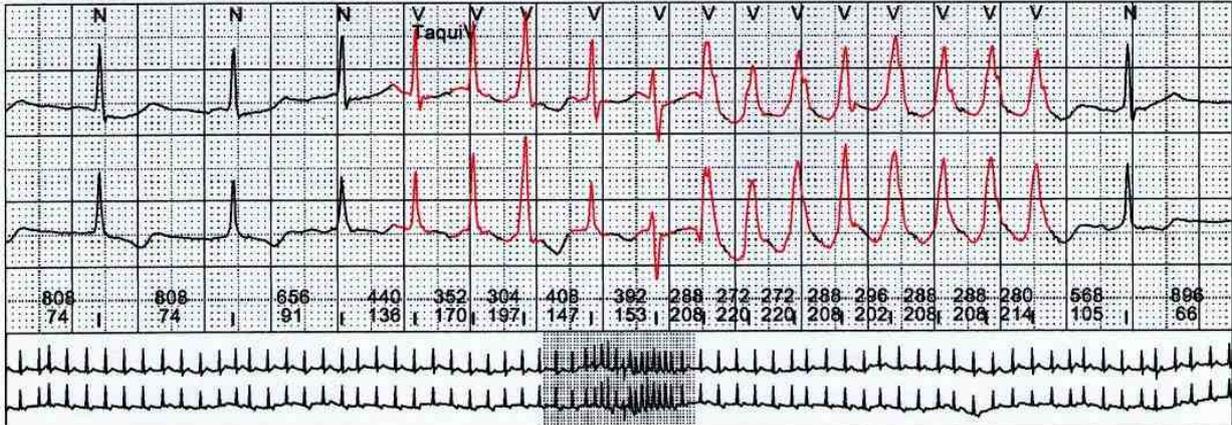
14/06/2011 12:29:15 a.m. FC: 51/min

5,0 mm/mV 25,0 mm/s



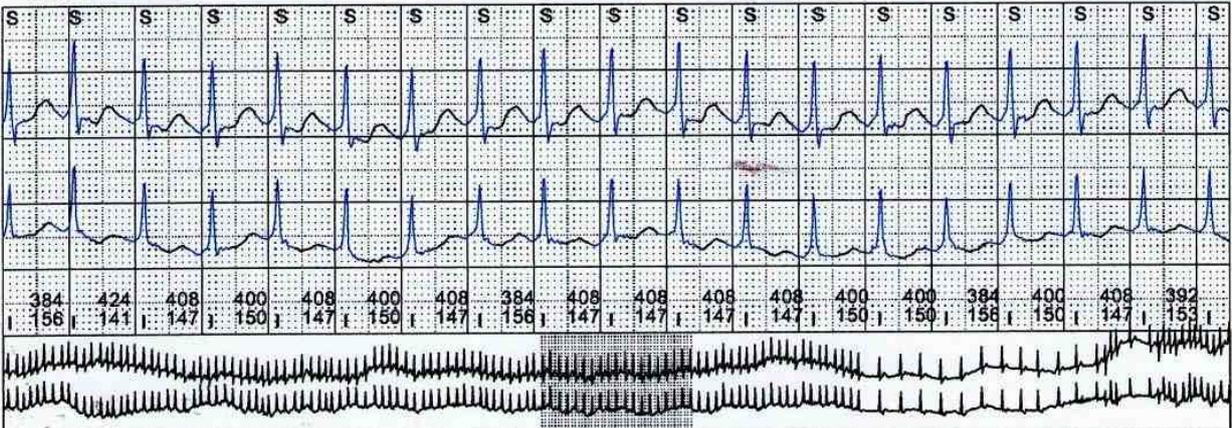
14/06/2011 10:02:19 a.m. FC: 137/min

5,0 mm/mV 25,0 mm/s



14/06/2011 11:01:35 a.m. FC: 149/min

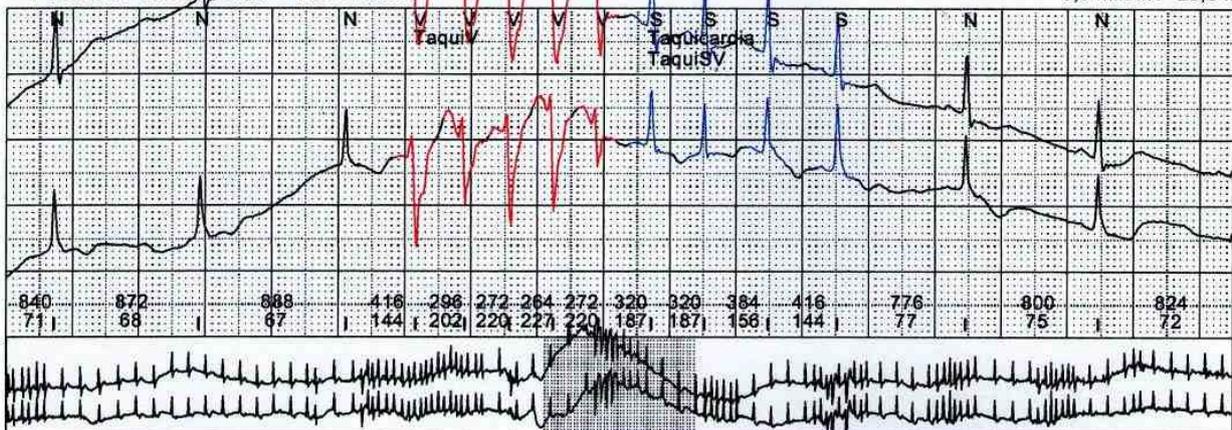
5,0 mm/mV 25,0 mm/s



Seleccionado :

14/06/2011 11:02:14 a.m. FC: 144/min

5,0 mm/mV 25,0 mm/s



Discusion del caso del paciente anginoso del nuestro querido amigo Dr. Martín Ibarrola
Primero discutiré la morfología de la onda P.

Esta onda sugiere un bloqueo interatrial marcado, en la cuarta onda se observa la separación entre la onda de la aurícula derecha e izquierda

1,2,3 y 5 se observa la onda de la aurícula izquierda que se despolariza casi junto con la conducción intranodal, dando una imagen falsa de p-r corto.

Este fenómeno es raro en isquemias, pero es un substrato para arritmias atriales complicadas. La falta de R en V2 puede ser un signo de obstrucción de la anterior descendente, que lesionó únicamente la parte superior del septo izquierdo, lo que anuncia un infarto mas extendido, o que está protegido por circulación colateral

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Querido Maestro Samuel, muchas gracias por su respuesta.

Los estudios realizados confirman que sí se encuentra con isquemia miocárdica; en el SPECT a baja carga presentó EV polimorfos e infradesnivel del segmento ST de 2 mm.

Hipoperfusión inferior a esta carga. Con la secuela apical.

Semejante a lo presentado en los trazados del Holter que envié. Estos se presentaron con el paciente barriendo y realizando las tareas en su casa. No refirió angor.

Nunca se realizó CCG luego del IAM previo por encontrarse asintomático.

Lo que me llamó la atención es que comenzó con síntomas luego del agregado de bloqueantes alfa por su hipertrofia prostática (Blavin; terazocina), cuyo efecto colateral es la hipotensión ortostática, ¿podría ser que el agregado de éste produzca el fenómeno de bajo flujo coronario?

Un gran saludo

Martin Ibarrola

¡Queda abierta y sin nuevas opiniones la discusión de la arritmia presentada en el Holter!