

Idosa de 84 años blanca con historia de IM no pasado – 2014 y Despedida de un Grande

Dr. Andrés R. Pérez Riera

ESTE CASO YA HA SIDO PRESENTADO EN ESTA [SECCIÓN DE CASOS](#). NO OBSTANTE EN ESTA OCASIÓN SE AGREGAN OTRAS CONSIDERACIONES NO MÉDICAS, A MANERA DE DESPEDIDA DE UN GRANDE DE LA CARDIOLOGÍA.

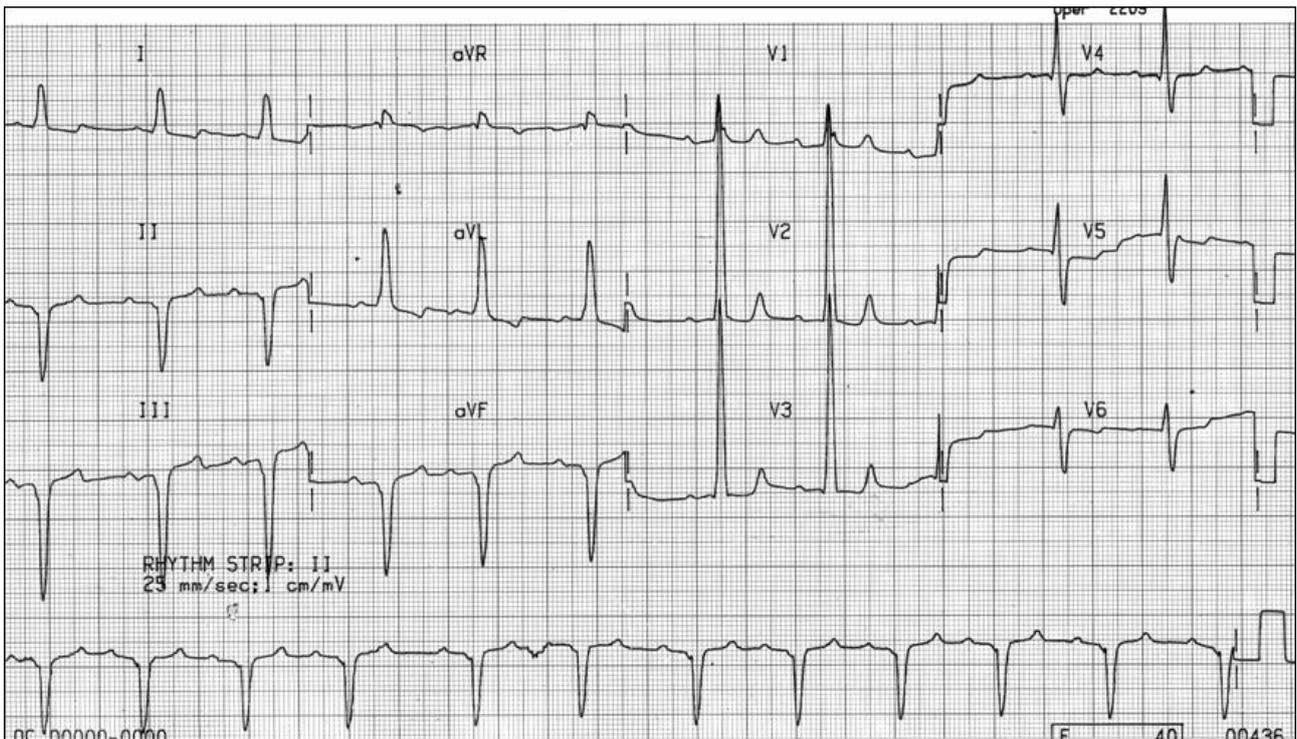




Este ECG pertenece a una idosa de 84 años blanca con historia de IM no pasado. Necesito explicaciones por favor!

This ECG belongs to an elderly Caucasian 84 y.o. old woman with a history of IM a long time ago. I need explanations please!!!!

Andrés Ricardo Pérez-Riera M.D.Ph.D.



OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr. Pérez Riera,
¡Su desafío es muy tentador!
Ritmo sinusal.
Bloqueo AV de 1° grado (a nivel del nódulo AV o del fascículo posterior de la rama izquierda.
Bloqueo de rama derecha y hemibloqueo izquierdo anterior simulando un bloqueo de rama izquierda.
Rosenbaum describió este cuadro como bloqueos "enmascarados".

Un abrazo
Benjamín
Bloqueo de rama Disfrazado!!

Temo Pereira

LAFB, LSFB y creo que BIRD

Un abrazo amigo

Adrián Baranchuk

Saludos Maestro Andres Ricardo y resto de los foristas
Mi interpretación de este electro
Ritmo sinusal, Fc 60, eje desviado a la izq -45°, IPR 160 msg, QS en cara inferior (II, III y AVf), de aspecto ancho ligeramente mayor de 120 msg, no alcanzo a ver bien QRS de V1 pero parece onda R empastada, (BRDHH??), y una gran onda R en V2 y V3, progresión anormal de R en precordiales.
No se si esté alucinando pero, me parece un Bloqueo de la división medial de la rama izq del HH, ya que una de las causas de presentación de este bloqueo en el infarto al miocardio, y en Latinoamerica creo también la enfermedad de Chagas en su forma crónica.
Entonces **IM de cara inferior + Bloqueo de la división anteromedial de la rama izq del haz de His.**

Saludos

Jesus Antonio Campuzano Chacon

Se puede tratar de un síndrome de preexcitación tipo WPW tipo b. simulando bloqueo trifascicular.

Gilberto García García

Estimado Andrés: Ud pide una opción, se me ocurren 2 diagnósticos diferenciales.
Depende si están correctamente colocados los electrodos precordiales.

1. RS con BAV de primer grado eje desviado a la izquierda secuela inferior e inversión de las derivaciones precordiales, ¿por qué esto último? porque la progresión de la onda P no concuerda con la progresión de la onda R, y V6 parece un V1 y V2 y V3 impresionan V4 y V5 en una paciente con HVI, por lo que presenta un retraso en el QRS pero no reúne los criterios de BIRI.

2. Si están correctamente colocados, BAV de primer grado con eje a la izquierda por secuela inferior y FAP por bloqueo de la división septal del haz de His izquierdo. Por la duración del QRS no me impresiona un BCRD enmascarado asociado. En otras condiciones diría que el maestro Benjamín estaría en lo correcto, pero no ofrecería mil dol de ser realmente lo que impresiona. Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Estimado colega GGG (Gilberto Garcia-Garcia), usted sospecha la presencia de WPW. Ha leído las últimas conclusiones del maestro Samuel donde dice que el intervalo PR está algo prolongado (220 ms) Si bien que 220 en el viejo puede ser considerado el límite de la normalidad del PR.

Este parámetro está en relación directa con la edad. En la tabla abajo mostramos los valores medios máximos y mínimos del PR según la edad en prematuros, recién nacidos a término, de 1 a 6 meses, de 3 años a 8 años, de 8 años a 16 años, adultos y provecetos.

Variations of PR interval with age (Values with normal heart rate)

| Age | Average ms | Minimum/ms | Maximum/ms |
|---------------------------------|------------|------------|------------|
| Premature | 90 | | |
| Full-term healthy newborn | 100 | 80 | 120 |
| From 1 to 6 Months | 115 | 90 | 140 |
| From 3 years to 8 years of age | 130 | 100 | 160 |
| From 8 years to 16 years of age | 140 | 100 | 180 |
| Adults | 120 | 160 | 200 |
| Elderly | 120 | 165 | 210 |

¿Piensa usted que sea posible un WPW con PR largo?

Querido Martin usted la cosa mas importante que ha dicho es la siguiente **"Por la duración del QRS no me impresiona un BCRD enmascarado asociado"**.

Este raciocinio es de quien tiene gran cantidad de substancia gris en su encéfalo.

Un bloqueo mascarado en este caso sería un **"Standard Masquerading Bundle Branch Block"** porque el PF parece un LBBB y las precordiales CRBBB con LAFB nunca podría dar un QRS mínimamente superior a 120 ms porque en estos caso todos tienen ensanchamiento significativo de la duración del QRS siempre por arriba de 140 ms. ¿Por qué? porque en estos caso además del BCRD + LAFB existe LVH+ FIBROSIS DE LA PARED. Todas estas cosas juntas no son compatibles con una duración del QRS apenas discretamente mayor de que 120 ms/

Por lo tanto pienso igual que usted que Benjamin ha pedido el premio muy rapidamente,

Andrés R. Pérez Riera

Estimado Andrés, mi impresión del ECG:

Ritmo sinusal con bloqueo AV 1er grado

Bloqueo división anterior (eje a izq. en plano frontal)

Fuerzas anteriores prominentes (FAP) por bloqueo de la división septal de HH con necrosis - fibrosis de cara inferolateral.

Síntesis: BLOQUEO A NIVEL AV (¿nodal ? - ¿infracis? + BFAI +BFSI + FIBROSIS INFEROLATERAL sugestivo de cardiopatía isquémica compromiso DA

proximal + Cx

¡Alto riesgo de BAVC!

Un abrazonoonon !!!

Juan José Sirena

Querido Andrés: me impresiona que el Dr. dió con el diagnóstico correcto: se trata de una vía posteroseptal derecha, presenta una pequeña onda delta en DI y AVL y en DII, DIII y AVF.

Sumado a esto la polaridad de la onda T es oponente a la mayor deflexión del QRS en DI, AVL, DII, DIII y AVF.

Es el diagnóstico correcto y si puede darse con BAV de primer grado.

Un abrazo y si me equivoco yo colaboro con Ud para el que de la respuesta correcta.

Un abrazo

Martín Ibarrola

El ECG presenta ritmo sinusal con agrandamiento de AI y/o trastornos de conducción intraauricular.

El intervalo PR máximo que yo encuentro es de 230 mseg, que por la edad de la paciente según algunos autores es considerado como normal.

El complejo QRS llega a medir 120 mseg (si uno amplía la imagen). No se observa onda Q en I con onda prácticamente QS en II, III y aVF, con empastamiento iniciales y eje desviado a extrema izquierda.

Yo considero que estos hallazgos se deben a un bloqueo del fascículo anterior izquierdo + un bloqueo septal.

Si existe un bloqueo de bajo grado de la rama derecha no lo vamos a saber porque estas fuerzas van a ser contrarrestadas por las fuerzas septales. El voltaje de las ondas R en V2 y V3 están muy aumentadas y el STT observado no lo puedo justificar por este trastorno de conducción.

Estos dos hechos me hacen suponer que existe una gran hipertrofia septal, por otra parte el segmento ST y la morfología de la onda me impresiona en primera instancia como de prolapso de válvula mitral.

Cordialmente

Julia Pons

En otras condiciones diría que el maestro Benjamín estaría en lo correcto, pero no ofrecería mil dólares de ser realmente lo que impresiona.

Absolutamente de acuerdo con Martin

Lo que me impresiona a mi es: infarto diafragmatico, lateral y posterior

Bav de 1º grado

SVI

Sin VCG no puedo asegurar un HBAI

La magnitud de las R en cara anterior puede estar relacionada con deformidades de la caja torácica (u otros problemas como ausencia de costillas) que determinen rotación poco habitual del corazón (en tal caso todo o parte de lo anterior sería descartable o no)

Marigel Beltramino

Prezados colegas do foro esta é a surpreendente opinião de um referente da arritmologia mundial o **Professor Bernard Belhansen** de Israel.

A pesar da profunda admiração que nutro por esse ícone, discordo dele e exporei meus motivos mas tarde.

Devo felicitar ao colega GGG (Gilberto Garcia-Garcia) o primeiro por apresentar esta vertente de interpretação manifestando que seria uma pré-excitação simulando um bloqueio trifascicular e ao segundo por embarcar nesta aparente? "canoa furada Martin Ibarrola.

Opinião de Bernard Belhansen

Dear Andres:

I will suggest a single diagnosis - free of charge -- since I am not sure you will be able to confirm or to infirm it in this old patient.

A left posteroseptal accessory pathway with a long conduction time.

If the patient has been asymptomatic during 84 years I would assume that this pathway is conducting only antegradely.

A simple recording of the His bundle activity may allow you to infirm or confirm my speculation.

Warmest regards

Bernard

NB. We are celebrating a new month in Israel called ADAR during which our tradition asks us to be happy !!

So I am happy to suggest you this nice diagnosis @@@

Prof. Belhassen, Bernard

Tradução para o português

Caro Andrés:

Vou sugerir um único diagnóstico - de forma gratuita - já que eu não tenho certeza que você será capaz de confirmar ou descartar este diagnóstico nesta paciente de idade. Uma via acessória póstero-septal com um tempo de condução muito lento.

Se o paciente tiver sido assintomática durante 84 anos, eu diria que esta via conduz apenas ou exclusivamente em forma anterógrada.

A simples gravação da atividade do hisograma intracavitário poderia permitir afirmar o negar a minha especulação diagnóstica

Saudações calorosas

Bernard

NB. Estamos celebrando um novo mês em Israel chamado ADAR durante a qual a nossa tradição nos pede para ser felizes!

Então, eu estou feliz em sugerir-lhe este diagnóstico bom

Queridos amigos. aunque estoy en franca inferioridad de condiciones por problemas serios de salud, quiero en 1er lugar saludarlos con un abrazo fraterno.

NO voy a inmiscuirme en la discusión por dos cuestiones:

1) Si le acierto al diagnóstico me dolerá en el alma dejar en la indigencia a mi gran amigo Andrés

2) Si mi diagnóstico fuese erróneo, desearía saber quien es el juez supremo que dirá: es tal cosa: Lewis, Katz, Langendorff, Blondeau, TRanches, Sodi, Rosenbaum, Bayés de Luna o Perez Riera.... ?

Y a propósito de este asunto. ¿Hay algún otro trazado con cambios respecto del enviado...Eso sería jugar limpio y facilitar la premiación...?
Por último, a los jóvenes, lean el análisis de la Dra Julia Pons.
Comienza por donde se debe: ritmo sinusal; bloqueo interauricular de primer grado y/ o agrandamiento auricular izquierdo y sigue....Y una sola opinión hay una fibrosis inferior en presencia de un HBA de alto grado (o HBA más agrandamiento ventricular izquierdo)
Fuerte abrazo

Pablo A Chiale

Precioso mensaje, Pablo, amigo querido Usted es un gran estímulo para este ignorante que le escribe.

Voy a rezar con mi mayor fuerza interior para que se recupere rápidamente.

Usted sabe que yo he tenido la fuerza de Dios con la salud de mi mujer. Y hoy gozo de su compañía

Gracias Dr. Pablo Chiale por ser ese ejemplo magnífico en todos los aspectos
Dios te de muchos años de vida.

Recuerde que hay alguien en el Brasil que lo quiere y admira profundamente y que mis ruegos tienen la fuerza de alguien que acredita en todas.

Ahora me gustaría mostrar en que situación estamos en este caso. Continuo en portugués porque me siento mas comfortable en esta lengua

Nesta interessante discussão se tem estabelecido quatro correntes de pensamento que tentam explicar as atípicas alterações eletrocardiográficas da senhora idosa com antecedente de infarto:

- 1) O Dr Samuel pensa que esta forças anteriores proeminentes obedecem a um mero fenômeno de hipertrofia septal alta e media do VE, porém, mais tarde o grande mestre assinalou que poderia se tratar de um bloqueio bi ou até trifascicular
- 2) A segunda hipótese sustenta que este é um caso típico do assim chamado "bloqueio de ramo mascarado standard", isto é um BCRD + LAFB no qual um grau importante de LAFB associado a SOBRECARGA DO VENTRÍCULO ESQUERDO (SVE) e fibrose da parede ventricular poderia ocultar a S final de I e aVL simulando um LBBB nas derivações dos membros e nas precordiais claramente seria um RBBB por as forças anteriores proeminentes e a S final nas esquerdas V5-V6.
- 3) Uma terceira hipótese aparentemente "descabelada"(CASI LOCA) sustenta que se trataria de uma pré-excitação ventricular do tipo WPW com feixe anômalo em paralelo de localização póstero-septal e de condução extremamente lenta unidirecional anterógrada. Esta via anômala de posição posterior direita seria responsável pela forças anteriores proeminentes em V2 V3.
Sustentam esta hipótese a insinuação de uma delta em algumas derivações além das alterações secundárias da repolarização. A justificativa da ausência do intervalo PR curto e até seu prolongamento poderia obedecer a condução anterógrada pelo feixe de Kent extremamente lenta. Em contra desta linha de pensamento argumentamos: se a via anômala que conduz anterogradamente em forma extremamente lenta porque a condução pelo sistema de condução intraventricular normal não se manifesta?
- 4) Finalmente a hipótese que nos apoiamos iremos a demonstrar con la VCG consistente na presença de área eletricamente inativa em parede inferior associada a LAFB o que justificaria a rotação da alça anti-horária e o extremo desvio do eixo do QRS no PF para o quadrante superior esquerdo (LAFB + infarto Inferior). A rotação dos 30 ms iniciais para cima e de convexidade superior com as cometas mais próximas umas das outras se explicaria pela condução lenta dentro da área necrosada.
Adicionalmente no PH as forcas anteriores proeminentes "in crescendo" de V1 para V2 e decrescentes de V5-V6, assim como a ausência de q em V6 e a q embrionária de V2 V3 assinala saída inicial das forças para trás e de direita para esquerda a cargo do fascículo póstero-inferior O ÚNICO não bloqueado. estando bloqueado o fascículo antero-superior e o antero-medial o estímulo dos momentos iniciais segue a ativação do único ramo não

bloqueado: a divisão pósterio-inferior que se dirige para trás e de direita para esquerda

Resumindo

- 1) Sobrecarga atrial esquerda e/ou distúrbio de condução intra-atrial
- 2) Duvidoso prolongamento do intervalo PR border line
- 3) BDASE(LAFB)
- 4) BDAM(LSFB)
- 5) Bloqueio bifascicular esquerdo
- 6) Sobrecarga do VE
- 7) Área eletricamente inativa inferior não extensa
- 8) Possível fibrose anterior

Esperaremos outras opiniões e na segunda feira (lunes) o martes mando o VCG

Andres

A nuestro querido amigo y maestro PAC lo único que deseamos que gozce de plena salud, para bien de él, su familia y todos los amigos que tanto lo admiramos y queremos

Samuel Sclarovsky

Queridísimo Potro:

no tengo palabras para agradecer tu mensaje, que por provenir de vos tiene un valor inconmensurable.

Me causó gracia que te autocalificaras de ¿ignorante? tal, vez sea cierto, en el sentido socrático, pero la humanidad sería otra si hubiese una masa crítica de tales "ignorantes".

Como soy muy cabeza dura, te pido un ECG con cambios en la morfología electrocardiográfica para ver si el padrao ECG se modifica y sobre esa base hallar elementos más firmes que sustenten el diagnóstico.

Hoy termino de ver tu artículo sobre valor del ECG en el siglo XXI, para publicarlo en la Revista de SADEC, próximo número

Fortísimo y emocionado abrazo

PABLO

Pensaba no decirle a nadie, mas despues pensé dentro de mi:

¿Por que no compartir con la gente de nuestro foro formado por personas que nos escuchan y que nos quieren bien?

Le escribi anoche con una fuerza total tanto que por lo menos en el 70% del tiempo digitando y concomitantemente llorando, no de tristeza sino de sensación que me va escuchar.

Una carta (no un e-mail) A la siguiente dirección postal:

Su Santidad Papa Francisco 001200 -Ciudad do Vaticano

La carta fué fuerte a Francisco- si es ese que estan pensando - nuestro coterraneo, el Papa Bergoglio. En ella le pedi encarecidamente que si puede piense y pida a Dios por nuestro amigo Pablo Chiale y le conté que necesitamos mucho tenerte por mucho tiempo junto a nosotros.

Como tu sabes Pablo yo tuve una vision, puede que sea psicótica, mas Francisco salvó mi mujer.

Estavamos entregados. Y conseguimos. Yo no soy un tipo de mucha fé interior, tengo terribles dudas de para que estamos aqui en este planeta. No se porque pero tengo fé absoluta que conseguiremos tu recuperacion.

Te quiero mucho Pablito.

Andrés

Estimados colegas:

Sabiendo la situación de Pablo, yo les informo que estoy conectado a través de Facebook con su Santidad Francisco y que podría hacerle llegar mi pedido para su pronta recuperación. Si Uds. me lo permiten y están de acuerdo le enviaría un mensaje solicitando su intervención en este caso. No sé si lo leerá él o alguno de sus cardenales que lo auxilian, y que luego se lo transmitan, pero es una posibilidad mas para este caso.
Saludos

Eduardo Quiñones

Con respecto la paradoja de creencia versus ciencia, hace unos días en una familia muy religiosa judía de Jerusalem, mientras estaban desinfectando la casa con un material muy peligroso se murieron 2 niñas pequeñas intoxicadas de 2 años y la otra de medio año; trajeron 2 niños de 5 y 7 años en extrema situación, con disfunción cardíaca. Se los pusieron en asistencia de corazón - pulmón y 24 horas médicos de la unidad intensiva con asistencia de personal médico durante 7 días en estado gravísimo, y hoy se liberaron de la asistencia cardíaca y respiran normalmente y pueden comunicarse con los padres. La televisión les hizo un reportaje a los padres y estos proclamaron que a los niños los ayudaron más los rezos de tantas personas, y después la medicina. Y le dijeron porque los rezos no salvaron a las niñas, y a estos contestaron que lo que hace Dios está prohibido hacer preguntas y analizarlo. Yo soy un ateo fanático, y creo que la medicina moderna, que soy un practicante empedernido, le dará la solución apropiada nuestro querido y admirado Pablo, para bien de él, su hermosa familia, para todos nosotros y a la electrofisiología Argentina. Un fraternal abrazo a nuestro querido PAC, y fuerza, carajo querido Pablo

Samuel Sclarovsky

Gracias mil, queridísimo Samuel, saber que hay muchas hermosas personas como vos que están cercanas dándonos el ánimo que a veces flaquea, es un bálsamo espiritual. Tu acompañamiento lo valoro inmensamente y espero que, por lo menos podamos seguir intercambiando opiniones cardiológicas y de experiencias de vida....

Fuerte abrazo

Pablo

Totalmente de acuerdo

Frank López

"Una batalla desde la perspectiva de la vida". *En strid ur livets perspektiv*"

Queridos amigos:

Todos conocemos a Pablo. De su prolífica actividad científica junto a Mauricio Rosenbaum y a Marcelo Elizari. Y también por ser miembro del Foro.

Quizás no todos conozcan a Henning Mankell, un escritor sueco contemporáneo, de quién soy ferviente lector y admirador luego de haber leído su novela El Chino y otras y hacerme adicto a la serie televisiva del detective Wallander.

Como el propio Mankell escribió "a los pocos días de iniciado el año nuevo....." se encontró con un diagnóstico que hubiera preferido no hallar.

Y como hoy mismo dijo Marga Nelken en El Día de Madrid, "Hay que tenerlos muy bien puestos, pero que muy bien puestos -es decir, de tamaño XXL y en el sitio adecuado..."; "...Tiene uno que ser de otra pasta, contar con algo especial en su interior..."; "Bien, pues **Henning Mankell (Estocolmo, 1948) es uno de esos tipos que están hechos de esa pasta especial** y conoce esos golpes divinos de mala fortuna. Uno de los nuestros. Otro de los grandes" para ponerse a escribir sobre su propia enfermedad desde la perspectiva de la vida y hacerlo para los miles de lectores del diario sueco Göteborg Posten!

<http://www.gp.se/kulturnoje/1.2259442--en-strid-ur-livets-perspektiv->

De otra pasta y de los Grandes, como Pablo.

Por eso me permití unirlos en este mensaje y en nuestro FIAI.

Y me permití también usando el traductor de Google y con mínimas correcciones copiar su primera columna del 29 de enero, que Mankell tituló "**En strid ur livets perspektiv", Una batalla desde la perspectiva de la vida.**

Sólo espero que Pablo quiera tomarse de la mano con Mankell.

Dice así:

A los pocos días de iniciado el año nuevo , viajamos hasta un cirujano ortopédico en Estocolmo, quien previamente me había tratado.

Fui allí con un diagnóstico de una hernia de disco dolorosa en el cuello.

Cuando volví a Gotemburgo el día después de que me hice los estudios, lo hice con un diagnóstico serio de cáncer.

Recuerdos especiales del viaje a casa, no tengo. Sólo la terca gratitud para Eva Bergman, mi esposa, que estaba conmigo.

Unos días más tarde estaba en la recepción de Neumonología del Hospital Sahlgrenska en blanco y negro: era grave. Que tenía un tumor en el cuello y un tumor en el pulmón izquierdo. Además , había sospechas sobre la difusión en otras partes del cuerpo.

Esto es ahora hace poco más de 14 días. Ahora voy a través de las investigaciones finales antes que se deban iniciar las diversas formas de tratamiento.

Mi ansiedad es muy grande, a pesar de que, básicamente, puedo mantenerla bajo control.

Muy temprano, decidí tratar de escribir sobre esto porque en última instancia, es sobre el dolor y el sufrimiento que aqueja a tantas personas. Incluso en una ciencia sorprendentemente médica y dar una luz que es a menudo más allá de las tinieblas .

Me he decidido a escribir tal y como es. Si la batalla difícil siempre lo es.

Pero voy a escribir desde la perspectiva de la vida, no de la muerte.

Lo haré a intervalos irregulares en GP.

Estoy empezando ahora .

He empezado ahora .

Henning Mankell

Edgardo Schapachnik

Me dejaste mudo, Edgard. Desde ya acepté un desafío en el que la estadística no me favorece en lo más mínimo. Por que? Porque confío en la maestría de quien me atiende, en todo un personal que se desvive por hacerme las cosas más fáciles y estar atento a

cualquier cambio inesperado....Y además, como dice mi amigo Jerónimo Farré: el no ya lo tienes, busca el si
Fuerte abrazo
Pablo

Todas las batallas son difíciles pero peor aun es darse por vencido sin echarla y pienso que el admirado profe Pablo luchará como lo hace por cada paciente que enfrenta desde Cuba le deseamos sus colegas alumnos que aprendemos cada día de sus comentarios y sus experiencias que luche y que venza y que se apoye en todo, la ciencia, la fe, la familia, las amistades etc

Un abrazo y suerte Profesor

Dr Yamir Santos Monzón.

*Cuba
Fuerza doctor, un gran abrazo, estamos con usted.*

Javier Bonacina

EL DR. PABLO A. CHIALE, MAESTRO DEL FIAI, FALLECIÓ EN BUENOS AIRES EL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2014.