

Hallazgo en ECG prequirúrgico de paciente de 60 años

Dr. Fernando Malpica Cervantes

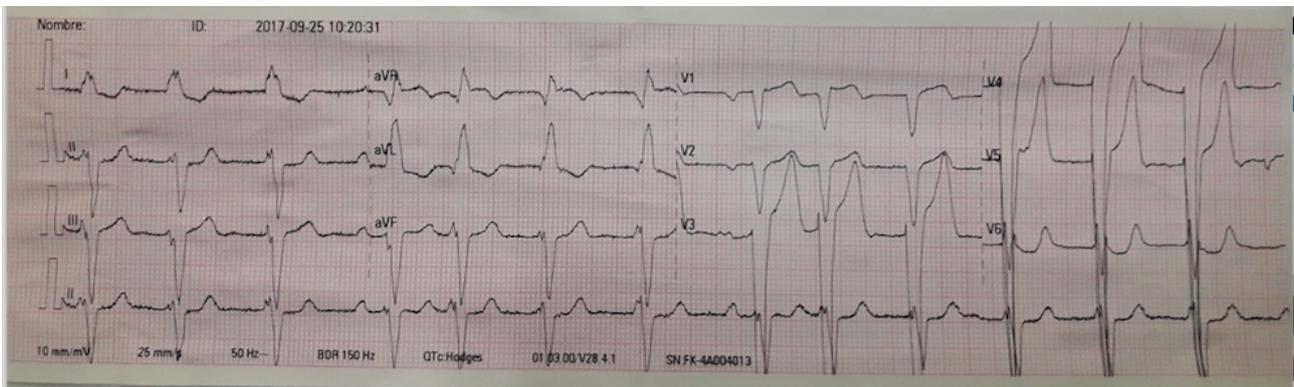
Estimados,

Me gustaría que me ayudaran con el informe de este ECG. Se trata de un varón de 60 años que concurre para un riesgo quirúrgico pues la próxima semana se opera de hemorroides. Sólomente refiere tener "corazón grande y arritmia" y no recuerda su medicación.

¿Qué les parece este ECG?

Saludos y gracias.

Fernando Malpica Cervantes.



Un ECG muy anormal, BRI de alto grado probablemente asociado con una miocardiopatía dilatada con agrandamiento bi-ventricular.

Cicatriz en cara inferior. Además de una buena historia clínica se necesita al menos un ecocardiograma para comenzar a evaluar a este paciente.

Saludos,

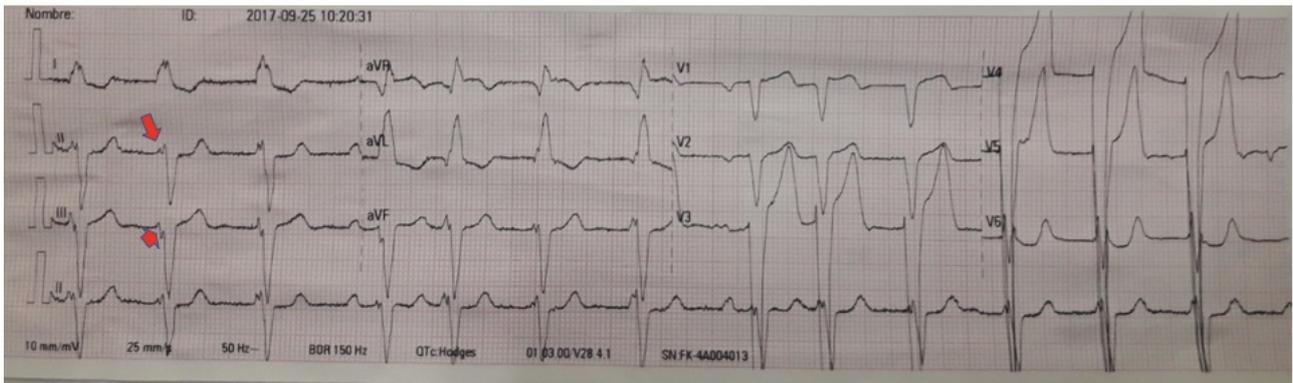
Mario D. Gonzalez

Malpica querido, te mando como me parece que deberías dar el laudo porque esto pediste.

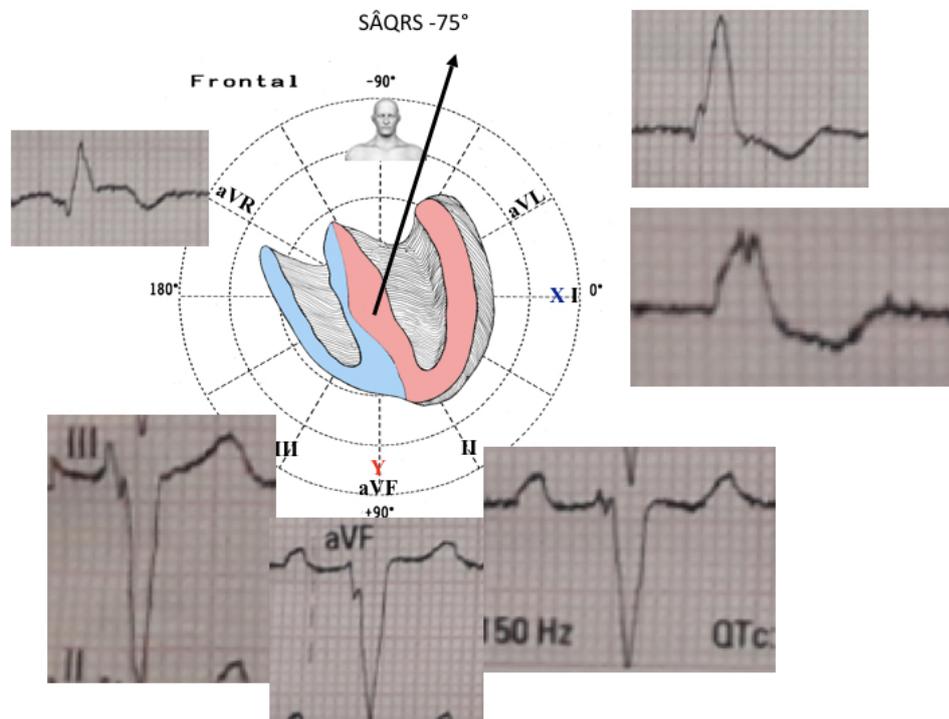
Fijate en el anexo. Hay riesgo de MS por la presencia de fragmentación de QRS con complejo ancho "wide f-QRS", extremo desvío del eje a la izquierda y algo muy peligroso: elevación del ST de convexidad superior seguido de onda T negativa simétrica en aVR > V1 lo que puede indicar coronariopatía proximal tipo obstrucción de LMCA o equivalente de 3 vasos.

Concuerdo que debe ser evaluado el desempeño ventricular con ECO pero también con RNM cardíaca para procurar fibrosis con realce tardío

Andrés R. Pérez Riera



Comando supraventricular irregular. En la tira inferior de II el 4to y 5to latidos son sinusales. El 6to ocurre tardiamente (escape o suplencia) con morfología semejante de los complejos QRS sinusales (comando Hisiano alto a NH). El fenómeno se repite cada 2 latidos sinusales y en los últimos assume el ritmo de escape. Eje eléctrico con extremo desvío a la izquierda ($\approx -75^\circ$) morfología del QRS es de BCRI con onda q inicial en aVL y embrionaria I. En el BCRI no complicado resulta característica la ausencia de ondas q iniciales en las derivaciones I, V5 y V6, pero en la derivación aVL, una onda q estrecha puede estar presente en ausencia de patología miocárdica. En un BCRI no complicado es posible registrar q inicial en aVL mas no en I. Puede indicar infarto septal El patrón rS o rSr en V₅ y V₆, puede indicar transición de complejo QRS desplazado a la izquierda, hipertrofia del VD asociada; bloqueo divisional ántero-superior izquierdo asociado y o área eléctricamente inactiva de pared libre del VI asociada a BCRI o asociación de alguna de estas. En el BCRI no complicado el complejo QRS de aVR es del tipo QS casi constante (aquí es qR). Tiempo de activación ventricular (TAV) o "R-wave peak time" > 60 ms en I y V5-V6 pero normal en V3. Hay elevación del segmento ST convexo hacia abajo en V₃ y V₂ son anomalías secundarias de repolarización (concordancia negativa). Existen muescas dentro de los complejos QRS en por lo menos 2 derivaciones contiguas esto se llama complejo QRS ancho fragmentado **wide f-QRS** (flechas rojas). Hay STSE de convexidad superior seguido de T negativa simétrica en aVR lo que puede indicar obstrucción de LMCA o equivalente de 3 vasos.



Hola Fernando:

En el ECG se observa un BAV de alto grado con disociación isorrítmica, con algunos latidos que impresionan conducidos latidos 4 y 8 donde se observa una onda R de menor amplitud con onda P que los precede, y fragmentación en los demás complejos donde impresiona comenzar la onda R con diferentes morfologías por la onda P que se inicia junto al QRS.

Se observa esto muy claro en la tira de ritmo.

El ritmo ventricular interpretado es nodal con BRI y BRD enmascarado.

Se encuentra asintomático, pero por lo que interpreto si padece una miocardiopatía dilatada con deterioro severo de la FS debería considerarse la necesidad de marcapasos definitivo o si es posible TRC.
Un cordial saludo.

Martín Ibarrola

Quería opinar sobre el ECG prequirúrgico del paciente.
En primer lugar me da la impresión que tiene ritmo sinusal con frecuencia auricular de 140-150 por min con algunos latidos que se corresponden con QRS y otros bloqueados.... es decir un bloqueo AV de 3er grado intermitente. Con una frecuencia ventricular de 75 por min que interpreto como un escape nodal bastante acelerado. QRS ancho... de más de 120 mseg. con un trastorno de conducción que según DI y aVL parece rama izquierda pero con R empastada en aVR como si fuera una rama derecha y un eje en -90 grados que correspondería a un HbAI. Conclusión trastorno de conducción intraventricular que se ve por ejemplo en las miocardiopatías dilatadas chagásicas. Ondas r embrionarias hasta V5, levanta algo en V6, signo de fibrosis miocárdica. Por todo esto si es una cirugía programada se debe suspender.... estudiarlo al paciente mínimamente con un eco cardio... considerar iinterconsulta con arritmólogo para marcapasos...

Ricardo Omar Paz Martín

Estimado Fernando:

El ECG es muy interesante. Hay solo dos complejos QRS que impresionan sinusales el 4° y el 8°.

La onda P posee aumento de su voltaje y duración por lo cual pensaría de que tiene un agrandamiento biauricular; con una separación de los dos picos de la onda P en las derivaciones precordiales de 70 mseg que podrían corresponder a un bloqueo ínter e intrauricular.

Los latidos conducidos presentan un BRI, sin onda Q en aVL por lo tanto esta no pueden estar presentes en DI; en el plano frontal DII y aVF tienen una r embrionarios con empastamientos iniciales por lo cual concuerdo con Mario de que corresponde a una necrosis inferior. Esto ocasiona que el asa se ubique en el cuadrante superior izquierdo. A posteriori del ritmo sinusal se observar un ritmo regular que se adelanta y toma el comando; este comienza con una activación distinta.

Si fuese nodal debería tomar el mismo camino que el sinusal conducido; me impresiona como ventricular derecho que toma rápidamente la rama derecha; cuando se agota le da lugar al ritmo sinusal.

A pesar que en ritmo sinusal las ondas S son muy profundas y de mayor voltaje en V3; la derivación DI no posee ondas s; y no tengo un ritmo sinusal conducido en V4, V5 y V6 para ver bien la rotación en el plano horizontal. Impresiona que el vector R de dicho plano se dirige hacia atrás desplazado sobre la línea media, con un voltaje muy aumentado probablemente por hipertrofia y sobrecarga ventricular izquierda. Si tiene una sobrecarga derecha se podría presumir por el agrandamiento de la aurícula derecha.

Afectuosamente

Isabel Konopka

Estimados,

Muchas gracias Dres: Mario, Andrés, Martín, Isabel y Ricardo por sus valiosas opiniones. El paciente impresionaba asintomático, conocía poco de su patología y encima tenía prisa por operarse, al encontrarme con este ECG tan particular decidí pedirle más estudios, pero esto seguramente retrasaría su cirugía; por lo cual el paciente prefirió acudir a su cardiólogo de cabecera (que no era yo) con la esperanza de obtener más pronto su autorización.

Espero que vuelva a si les puedo ampliar mas datos.

Saludos y gracias

Fernando Malpica Fernández
