

Paciente masculino de 66 años con angor prolongado - 2013

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Relato do caso:

Paciente masculino branco, 66 anos, pedreiro, evangélico, primeiro grau primário completo, natural e procedente de Santo André, SP Brasil.

Queixa: desconforto epigástrico opressivo que tivera início havia duas horas irradiado para o membro superior esquerdo até o cotovelo acompanhado de profusa sudorese fria, vômitos e dispneia.

Antecedentes pessoais: Hipertenso de longa data tratado em forma irregular, ex-fumante e antecedentes de coronariopatia com 2 IMA em 2009 e 2012, em ambas circunstâncias foi tratado com 2 implantes de Stent não farmacológico metálico. Um na porção proximal da DA e o segundo na coronária direita.

Atualmente estava em uso regular de losartana potássica 50 2x, hidroclorotiazida 25mg 1x, besilato de anlodipino 10mg 1 x, atenolol 25mg 1x, AAS 100 1x e sinvastatina 20mg 1x. Fazia 3 meses tinha suspenso clopidogrel por orientação médica.

Exame físico: parâmetros antropométricos biótipo brevilíneo (164m 86Kg) abdome avantajado obesidade centrípeta, visceral ou androide, pressão arterial 115/60 mmHg, ictus no 5EIE, se cobre com 1 polpa digitálica, ritmo cardíaco irregular com frequência cardíaca média de 78 bpm, bulas normofonéticas a dois tempos sem sopros. Pulmões: murmúrio vesicular bilateral com estertores crepitantes base de ambos os pulmões.

Abdome: NDN. Fígado se palpa normal na borda costal direita.

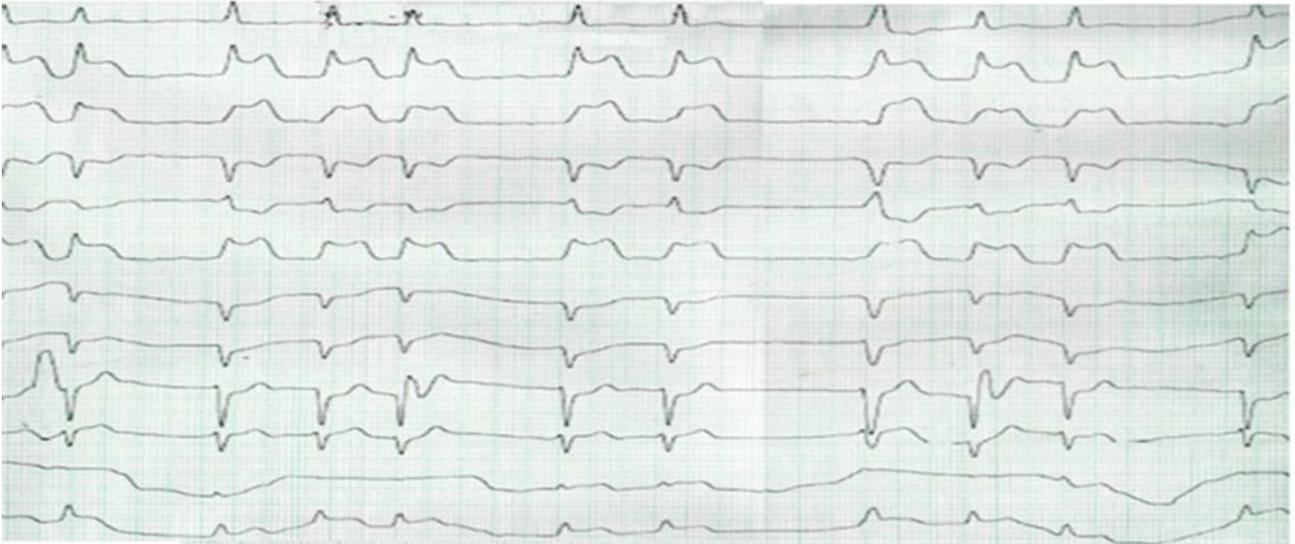
Membros inferiores: Sem edemas, pulsos presentes e simétricos nos 4 membros.

O ECG de admissão mostra-se na figura abaixo

Perguntas:

1. ¿Qual o diagnóstico eletrocardiográfico?
2. ¿Qual o diagnóstico clínico do evento?
3. ¿Qual a artéria culpada do presente evento?
4. ¿Qual a conduta a seguir?

I, II, III, R,L, F, V1 A V6 STANDAR 1X



OPINIONES DE COLEGAS

Perguntas:

1. ¿Qual o diagnóstico eletrocardiográfico?
STEMI + BLOQUEO AV TIPO WENCKEBACK (NO SE VEN LAS ONDAS P, PEDIR IONOGRAMA, HAY OTRAS POSIBILIDADES PERO EL TRAZADO ES DE MALA CALIDAD)
2. ¿Qual o diagnóstico clínico do evento?
REESTENOSIS STENT DE CORONARIA DERECHA
3. ¿Qual a artéria culpada do presente evento?
CORONARIA DERECHA
4. ¿Qual a conduta a seguir?
INTERVENCIONISMO PERCUTANEO

Saludos

Miguel Fiol Sala

Estimado Andrés:

1. Presenta una ritmo nodal con perioricidad 3:1 y 2:1. El supradesnivel del ST D2/D3 > 1 y supradesnivel ST en V5 y V6. AVR presenta infradesnivel del segmento ST 1 mm. QS V1 a V4 probable secuela anteroseptal.
2. Por lo referido tendería a sospechar como artería culposa a CD, pero el infradesnivel en AVR y los cambios en V5 y V6, me inclinan por lesión de la arteria Circunfleja.
3. Síndrome coronario agudo
4. Ingresa con signos de fallo de bomba por lo cual tiene indicación de angiografía y eventual angioplastia de rescate. Sería deseable previo a esto evaluar enzimas cardíacas, mioglobina o troponina cardíaca, ionograma serico, y evaluar de ser posible por ecocardiografía en la cabecera del paciente, en espera de realizar la angiografía.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Estimado Martín,

Dado que es un foro vamos a discutir. Para nuestra experiencia lo que va más a favor de circunfleja es: el ST isoeléctrico en I, descendido en aVR y ascendido por igual en II y III (mis ojos no alcanzan a ver que el ST de D2 sea mayor que D3).

Va en contra de Cx el ST poco descendido en V1 a V3. El ST elevado en V6 puede verse en CD dominante.

El sentido común me induce a pensar en reestenosis del stent.

De acuerdo con el ritmo nodal y con la existencia de una cicatriz septal antigua

Saludos

Miguel Fiol

Hola Miguel: espero estés bien.

Mi primera impresión fue el de una CD dominante, pero sería esperable en dicho caso un infradesnivel recíproco en V1 y V2 que yo no logro observar y desconozco la dominancia ya que no la refirieron.

El nódulo sinusal en un 55% se encuentra irrigado por la CD, un 45% por la circunfleja. El nódulo AV mayormente por la CD y es menor proporción por la circunfleja.

Por los cambios en el electro y la afectación del nódulo sinusal es que me inclino por afectación de la Cx.

Obviamente pensando en que es frecuente la reestenosis del stent en CD, la lógica me llevaría a sospechar esto.

Pero no es consistente con el análisis electrocardiográfico, esta discordancia, mas lo descrito es que me inclina por la arteria que mencioné.

Te mando un abrazo.

Martin Ibarrola

Queridos amigos del forum:

Este electro está medio mamarracheado, pero lo que se puede decir es lo siguiente; bloqueo sinusal completo con 3 latidos consecutivos nodales sugiriendo que la obstrucción es proximal a la arteria sinusal, que es primera rama de la CD en el 90% de los casos.

La arteria obstruida es la derecha porque DIII muestra el grado más grande de ischemia (grado 3 (índice Sclarovsky Birenbaum))

La arteria derecha es dominante mostrando un segundo grado de ischemia, en V6, V5, V4 (sugiriendo la rama izquierda de la CD es larga primer grado de ischemia en V3 y v2 tendría que mostrar ST deprimido con T positiva pero está atenuado por la ischemia septal derecha que debería mostrar ST elevado (rama marginal derecha).

La mortalidad de estos casos es de alrededor del 40% sino se interviene inmediatamente, cuanto más antes mejor A las 2 horas de comenzado el proceso casi no hay mucho que hacer.

ESTO ES LO YO DENOMINO REMODELACION PATOLOGICA YA QUE EL ÁREA NO COMPROMETIDA, QUE ES LA CARA ANTEROLATERAL Y SEPTAL INFERIOR ESTÁ IRRIGADA POR UNA ÚNICA ARTERIA QUE ES LA CD DOMINANTE.

Este es el caso de extrema emergencia. Si está ceterizando a un paciente menos grave, bájelo y ponga a este paciente que no puede demorar.

Un fraternal abrazo y gracias a los amigos por felicitarme por pisar la raya roja que son los 80, mientras tanto, camino todos los días 9 KM, menos martes que trabajo en telemedicina de 7 AM a 19 hs.

Samuel Sclarovsky

