

Depressão circunferencial do segmento ST associada a elevação do segmento ST em aVR e em menor grau em V1 no contexto clínico da síndrome coronariana aguda - 2014

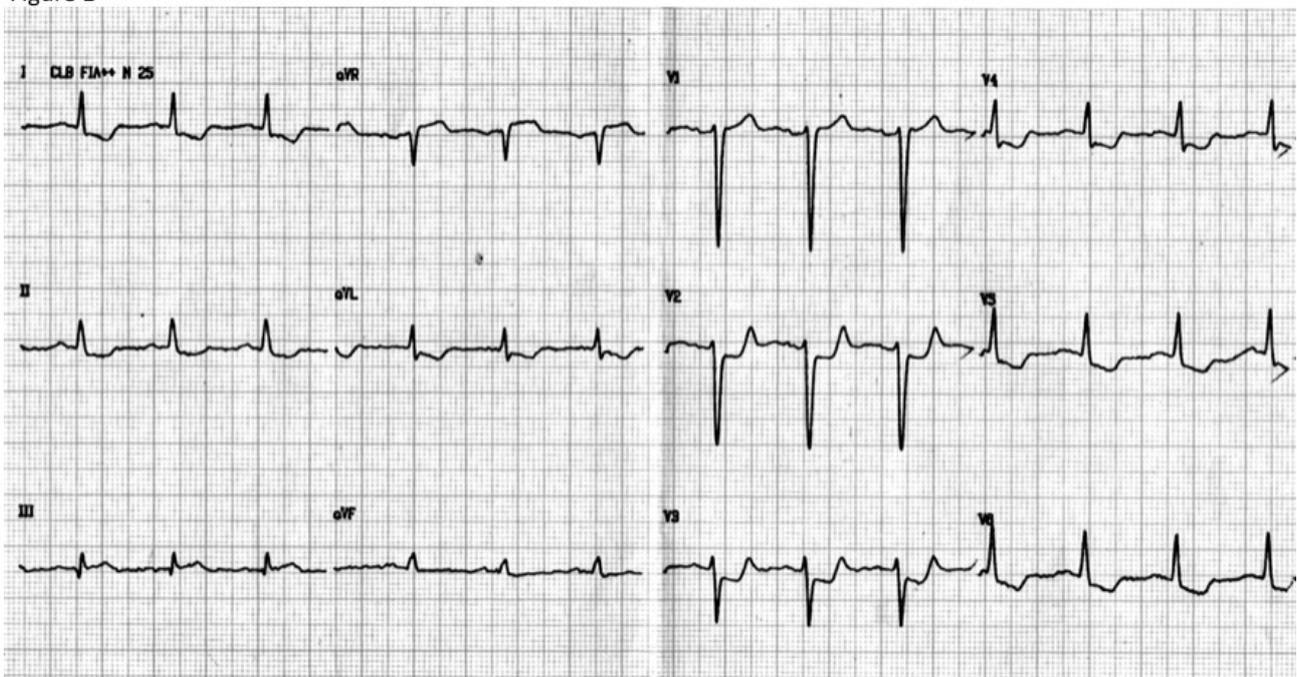
Dr. Andrés R. Pérez Riera

Paciente do sexo masculino 63 anos, fumante, dislipidêmico é admitido na sala de emergência com quadro de dor torácica aguda tipo opressiva há aproximadamente 30 minutos. Exame físico: PA= 110x 70mmHg; dispnéico. RCR com galope atrial; ausculta pulmonar com crepitações em ambas as bases pulmonares (> 50% das bases pulmonares). Extremidades aquecidas. Medidas iniciais: oxigênio, nitrato SL, aspirina e morfina realizado ECG (Fig 1).

Perguntas:

- 1- Qual é o diagnóstico do ECG?
 - 2- Explique a fisiopatologia das modificações do ECG
- Esperamos por suas valiosas opiniões.

Figure 1



OPINIONES DE COLEGAS

Estimados foristas,

Perdonadme que no mande comentarios con frecuencia porque estoy muy ocupado pero en este caso me atrevo a los siguientes comentarios.

He visto casos idénticos a este debidos a una oclusión de la arteria circunfleja con disfunción de musculo papilar posterolateral con insuficiencia mitral aguda.

La falta de una onda R de mayor voltaje en V2 puede ser debida a que el paciente solo lleva 30 minutos de síntomas.

La onda T positiva final en V1 a V3 con ST descendido (imagen especular) se observa cuando ha pasado más tiempo desde el inicio de los síntomas pero sigue siendo sospechosa de oclusión de la circunfleja.

Puede pensarse en suboclusión de tronco común izquierdo o tres vasos por ST descendido en 8 derivaciones y ST de aVR > V1. El ST de III elevado 0,5 mm puede verse en suboclusión de tronco común. Me "*molesta*" la onda T final positiva en V1 a V3 para este diagnóstico.

En cualquier caso, en la práctica, está indicada una coronariografía emergente porque el paciente presenta claros signos de insuficiencia cardíaca.

Saludos

Miquel Fiol Sala, MD, PhD

Director Científico del Instituto de Investigación

Sanitaria de Palma (IdISPa)

Consultor Senior de la Unidad Coronaria y

Unidad de Postoperados de Cirugía Cardíaca

IP del CIBERobn

Hospital Son Espases

Hola Andrés y Raimundo:

El paciente presenta el vector de injuria epicárdica dirigido a la derecha con máximo supra ST en DIII, AVR y V1. Por lo que la arteria culposa es la coronaria derecha, y presenta cambios recíprocos en AVL y DI que corroboran ésta.

La injuria subendocárdica de V2 a V6 por isquemia subendocárdica en territorio ánteroseptal y lateral, por lo que el paciente debe tener una lesión de DA y Cx y/o TCI asociada, provocando la isquemia circunferencial.

Un abrazo

Martín Ibarrola

Caros Masters Riera e Barbosa

Evidente que o quadro clínico é de Síndrome Coronária Aguda sem elevação de ST com Killip tipo 2 (estertores basais e S3, não ha descrição da pressão jugular) com conduta mínima inicial anti-isquêmica e anti-trombótica (aspirina).

ECG = Ritmo Sinusal Regular FC = 86 bpm SÂP = 50° com "melladuras". SÂQRS = 25° SÂT = 120°. ST supra em AVR>V1 e DIII com pequeno q.

ST infradesnivelado em DI, II e AVL com inversão de T.

As precordiais apresentam padrão similar a chamada isquemia circunferencial com ST infra de V2 a V6 sendo a maior em V4. Ondas T simétricas altas em V2 e V3. S profundas em V1 e V2, sugerindo Sobrecarga Esquerda.

Diagnostico: Síndrome Isquêmica Circunferencial Aguda ou Subendocárdica.

O mecanismo das alterações eletrocardiográficas seria o aumento agudo da pressão diastólica final do VE além da diferença vetorial isquêmica do epicárdio x endocárdio causada por obstrução aguda de tronco coronário esquerdo ou triarterial.

Fraternal abraço

Adail Paixao Almeida

Con respecto a la parte clínica del paciente, evidentemente presenta signos de insuficiencia cardíaca.

En la auscultación le encuentran un 4° ruido no un tercero y no se menciona el soplo de prolapso de la valva posterior de la mitral que es muy característico, por lo que debe tener, además de la injuria importante un ventrículo restrictivo.

El ECG muestra un ritmo sinusal con una onda P que mide como 180 mseg con trastornos muy importantes de la conducción intraauricular, y yo pensaría que además presenta un agrandamiento de la AI.

La onda Q está desplazada hacia la izquierda y discretamente abajo (no se si aVF tiene o no una pequeña Q), el eje de la onda R del complejo QRS está en alrededor de los 35° y el asa rota en forma horaria.

Es un corazón semihorizontal con rotación horaria, por lo cual hay que descartar que no tenga una necrosis completa o incompleta de cara inferior.

Como no presenta onda Q en I, uno pensaría si la tuviese que la arteria responsable sería la CD.

Vector del ST: el vector del ST tiene determinadas características. Presenta supradesnivel en aVR mayor que en VI, infradesnivel del ST en II y de V2 a V6; por lo cual de acuerdo a algunos autores se realizaría el diagnóstico de lesión de tronco.

En este caso con el vector del ST yo tengo un problema, se dirige hacia la derecha y atrás pero justo en los 180° en el plano frontal (aVF isonivelada).

Si se fuese hacia arriba tendría una lesión de tronco, hacia abajo sería de la CD, esta justo en el medio. Si uno este hecho a los hallazgos del complejo QRS podría llegar a pensar que la obstrucción aguda estaría ubicada en el tronco con una lesión crónica de la CD que recibía circulación colateral de alguna rama de la coronaria izquierda y el vector resultante de ambas injurias estaría ubicado en dicha zona..

Cordialmente

Julia Pons
