

Mujer de 80 años con disnea – 2013

Lic. Javier García Niebla

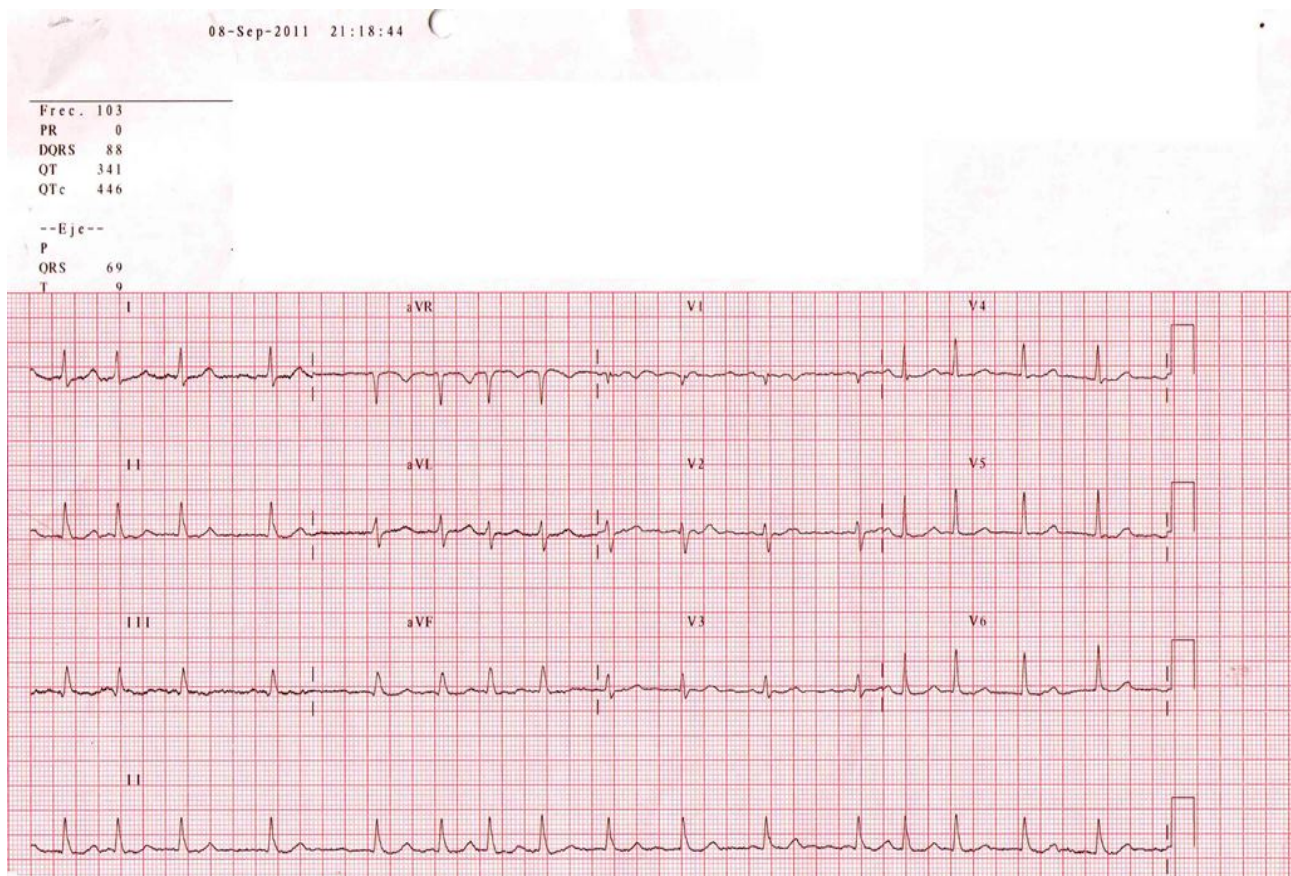
Estimados amigos:

Les presento un ECG de una paciente de 80 años que acude a nuestro centro por disnea de comienzo súbito. Adjunto un ECG realizado dos años atrás.

¿Cuál es vuestro diagnóstico?

Un saludo:

Javier García Niebla

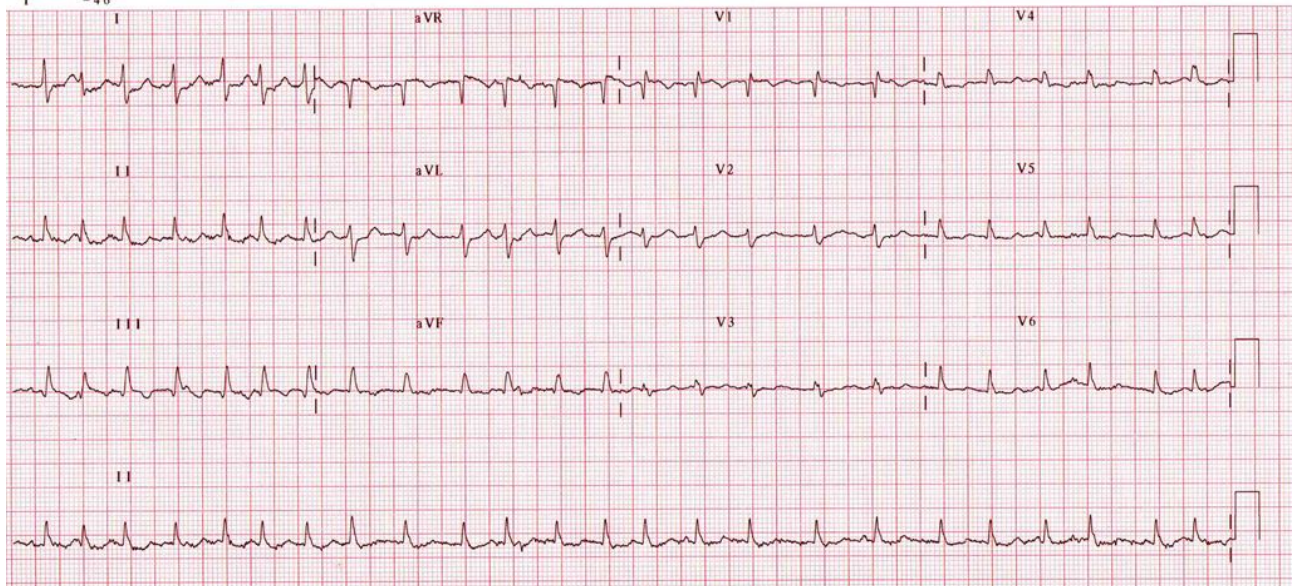


ECG previo

20-Jul-2013 21:27:17

Frec. 145
PR 128
DORS 96
QT 283
QTc 439

--Eje--
P 138
QRS 94
T -46



ECG agudo

OPINIONES DE COLEGAS

Estimados Colegas:

Ya me presentó Edgardo en un email previo, soy cardiólogo clínico y la culpa de encontrarme en este foro lleno de expertos se la debo al Dr. Baranchuk. Pero conociéndolo, Adrián sé que prefiere un diagnóstico equivocado que haber invitado a miedoso (por no decir otra cosa).

En cuanto al síntoma obliga a pensar en TEP.

Si a esto se le suma lo que para mi es una FA que ahora es de alta respuesta ventricular, refuerza entonces el diagnóstico y amerita descartar esta patología no teniendo más datos clínicos y no pudiendo detectar otro hallazgo en el ECG que me sugiera otra entidad.

Diego Conde

Discusión del caso: mujer joven de 80 años (porque yo tengo 79,1/2)

A los 78 años Ecg previo) se observa una fibrilación auricular crónica de larga duración (no se ven las ondas F, en presencia de lo que pudiera ser un infarto muy pequeño en la cara inferior, sospechado por el notch terminal que aparece en DII, DIII disimulado por la presencia de SI, y QIII)

El ECG agudo muestra una fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, y con desviación más acentuada del eje a la derecha, propio de los infartos inferiores por isquemias o isquemias inducidas por taquicardias.

La disminución del voltaje de todas las derivaciones puede ser la evolución típica de las fibrilaciones crónicas con frecuencia cardíaca rápida, hacia dilatación del VI y VD.

Esta patología puede ser suficiente para producir disnea en una mujer anciana
Después de descartar reinfarto cara inferolateral, la trataría únicamente con digoxina y no otra droga con capacidad en deprimir la contracción ventricular y furosemida 20mg X 2
Al bajar la frecuencia cardíaca el ECG puede parecer como el anterior siempre que no haya reinfarto.

El aplastamiento e inversión de las ondas T no se debe a isquemia sino a la alta frecuencia ventricular por FA.

Conclusión

Dilatación biventricular por frecuencia acelerada de FA de larga data en presencia de un muy probable infarto pequeño inferior. Tratar de disminuir frecuencia cardíaca con digoxina y diuréticos.

Mi más afectuoso saludo a todos los foristas

Samuel Sclarovsky

Disculpen la ignorancia, ¿alguien coincide conmigo que en el primer ECG se ven ondas P?

¿Podríamos estar frente a una taquicardia auricular?

Diego Conde

ECG 1: FA de moderada respuesta ventricular. FC promedio 90 lat x min.

ECG 2: FA de alta respuesta ventricular. aprox 150 lat x min de promedio

- El Dr. Samuel indica digital presumiendo un cuadro de IC por dilatación ventricular debido a taquicardiomiopatía aunque también dice que hay que descartar infarto inferolateral.

Pregunto: ¿IAM agudo?? o ¿evolucionado?? ´por el ECG no se observan signos agudos de necrosis. No hay Rx de tórax indicado hacer un ecocardiograma para ver:

1. tamaño de cavidades
2. motilidad parietal (confirmar / descartar IAM)
3. función sistólica global (IC).
4. tamaño de AI (posibilidad de CV).

.Si hay disfunción de VI es la indicación el digital, pero ¿¿solo?? o ¿asociado a betabloq??

.Si no hubiera dilatación y función de VI preservada: ¿¿digital?? o ¿¿betabloq??.

.Anticoagulación o ETE para CV?? no es descriptivo el interrogatorio pero parecería ser un cuadro agudo.

- TEP me parece un diagnóstico de descarte. Lo 1ro a pensar es que la disnea sea por hipertensión venocapilar. por lo tanto la Rx de tórax es mandatoria y también el ecocardiograma. Este último podría ver signos indirectos de TEP si es de considerable gravedad: dilatación de VD, insuficiencia tricuspídea, flujo anormal en las VCI y suprahepáticas. pero no lo descartaría.

- No me parece que el primer ECG tenga ondas P.

- Como siempre interesante y un desafío para el cardiólogo clínico una FA en la guardia.

Gracias

Ricardo Paz
Santiago del Estero

Coincido que es mandatoria la RxTx para diferenciar la ICC con hipertensión venocapilar de un TEP con campos libres.

Creo que el eco es de importancia pero a esa frecuencia en mi experiencia en el servicio de emergencias todos los vi son de muy difícil evaluación. Los signos indirectos para TEP podrían estar presentes si el paciente ya posee una dilatación biventricular como se ha mencionado.

Conclusión:

1) RxTx campos libres solicitaría una AngioTac con protocolo para TEP. En caso de congestión pulmonar diuréticos preferentemente una dosis inicial endovenosa y ver la respuesta ventricular.

2) Con respecto al ECG insisto que creo son ondas P que podrían corresponder a una taquicardia auricular.

Saludos.

Diego Conde

Benvenido D. Diego "El Conde"

Non, Señor, non conicido con usted. Non consigo ver las ondas P no ECG antigo, sin ninguna duda afirmo ser una fibrilación. Abrazos.

Adail Paixao Almeida- Bahia – Brasil

Senhores,

Há algum tempo recebo as mensagens desse excelente fórum, mas nunca tive a oportunidade de opinar.

Nesse caso específico vou emitir a minha opinião.

Acho que uma paciente idosa, com dispneia súbita o diagnóstico de TEP deveria ser afastado com brevidade e prioritariamente.

Principamente com o ECG mostrando modificação do padrão em relação ao anterior, realizado anos atrás.

O que me chamou a atenção foi o desvio do SÂQRS para a direita e padrão S1q3T3. Claro que os dados clínicos colocados são escassos. Seria importante mais dados da historia e exame físico...

Minha conduta seria a seguinte, falando de forma abreviada.

1- Estratificaria essa paciente quanto a probabilidade pré-teste para TEP com o escore de Wells por exemplo.

2- Caso fosse de media ou alta probabilidade, anticoagularia com enoxaparina ou fondaparinux e iria investigar melhor em seguida.

3- Afastaria TVP com duplex scan dos MIs. e angio TC com protocolo para TEP. Eco para avaliar função do VD, etc...

Saúdo a todos deste fórum,

Flávio Galvão.

Cardiologista Clínico.

Salvador, Bahia, Brasil.

Estimados,

Hace algún tiempo me reciben los mensajes de este excelente foro, pero nunca había tenido la oportunidad de expresar mi opinión.

En este caso concreto voy a dar mi opinión.

Yo creo que un paciente de edad avanzada, con disnea súbita TEP diagnóstico debe ser lo más pronto posible y con prioridad.

Lo ECG que muestra la modificación en relación con el primero, realizado años atrás. Lo que me llamó la atención es la desviación de SÂQRS a la derecha y S1q3T3 patrón.

Claro que los datos clínicos colocados son escasos. Sería más importante los datos de la historia clínica y el examen físico...

Mi conducta sería la siguiente, hablando de forma abreviada.

1- Estratificaría este paciente, ya que la probabilidad pre-prueba de TEP con la puntuación obtenida pero Wells pero ejemplo.

2-Si es que son de mediano o gran probabilidad, anticoagularía con enoxaparina o fondaparinux y sería investigar en un momento siguiente.

3- Trombosis venosa profunda con desván duplex scan de TVP y angio TC con protocolo de TEP. Eco para evaluar ventrículo derecho, etc. ..

Pido disculpas porque no hablo español.

Saludo a todos de este foro,

Flavio Galvão.
Cardiólogo Clínico.
Salvador de Bahia, en Brasil.

Estimados foristas

Com a devida permissão de Edgardo saúdo em nome de FIAI, manifestando grande alegria pela estréia em grande estilo, ao amigo Flavio Galvão.

Professor de Cardiologia e Eletrocardiografia na Bahia, além de exímio conhecedor de Holter milita também com competência na área de Ergometria. Certamente como iniciou continuará trazendo grandes aportes ao nosso FIAI.

Bem-vindo e grande abraço.

Adail

P.S. Concorde com sua opinião.

Hola,

Creo que me incorporo a vuestro interesante foro

En el caso de la mujer de 80 años la clave esta en la frase: inicio súbito. Hay pocas posibilidades: es un TEP (disnea súbita en una paciente en fibrilación auricular permanente con un ECG que muestra aumento de la frecuencia cardíaca y patrón S1Q3T3)

En España decimos: lo más corriente es lo más frecuente

Naturalmente puede haber otro diagnóstico pero no sería lógico

Si se quiere confirmar el diagnóstico: un eco transtoracico no será útil, un eco transesofagico molesta mucho a la paciente. Optaría por un angio TAC

Saludos

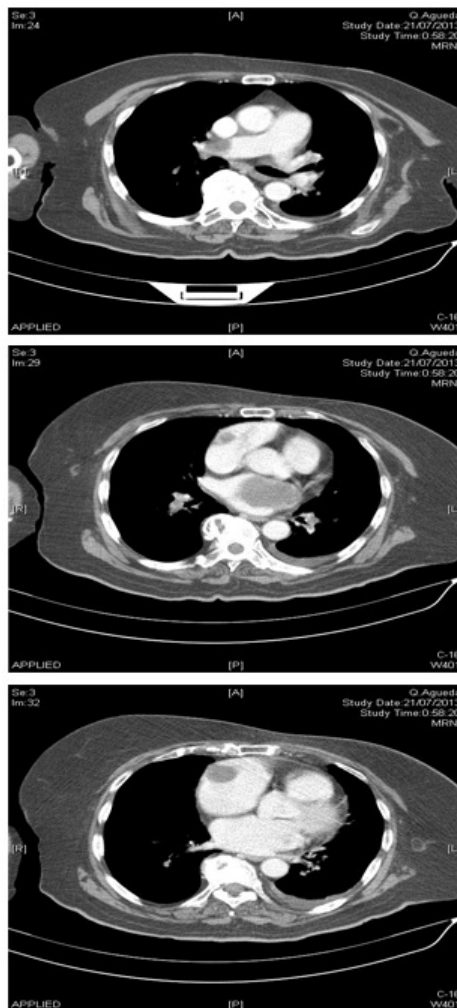
Miquel Fiol
Unidad Coronaria
Unidad de postoperados de Cirugía Cardíaca
Hospital Universitario Son Espases
Palma de Mallorca
España

Hola amigos . Adjunto el informe de TAC de este TEP.

Trombos en:

Arteria pulmonar principal derecha y en arterias lobares bilaterales. También se observa trombo en aurícula derecha y un trombo mucho mayor en la izquierda.

En cuanto al ECG sólo añadiría a lo que acertadamente comentó el Dr Fiol, el patrón que aparece en fase aguda en precordiales derechas como señal de sobrecarga de cavidades derechas.



¡Gracias por vuestros comentarios!
Un saludo:

Javier García Niebla

Amigos del foro

1. Gracias Javier por el hermoso caso. ¡Manda mas!
2. Bienvenidos a Flavio, Diego y Miguel. Geniales comentarios y adiciones al foro que necesita de clinicos, expertos en ECG, motivadores. Sus comentarios fueron de gran utilidad para mi.

PS: solo a modo de ejercicio, yo concuerdo con Diego. En el primer ECG se ven ondas P, sin embargo hay mas QRS que ondas P. Claro, esto NO es una TV. ¿En qué otras circunstancias uno puede tener más QRS que ondas P y todavía ser una arritmia supraventricular?

Bien, en arritmias con 1x2 puede darse esa situación (1 onda P da origen a 2 QRS). Sin embargo esa cualidad solo se ve en la última secuencia del trazado. Lo que se ve, y me resulta SUPER curioso es que una onda P da origen a 3 QRS (¿via rapida, intermedia y lenta?). Eso NO ha sido descripto y es puramente especulativo (ver mitad derecha del trazado en la tira de ritmo). Claro, seria mucho mas frecuente 1 latido sinusal y dos extrasistoles SV; pero nadie puede acusarnos de pensar...Por último, es posible que todo sea FA, y que esas ondas organizadas NO representen latidos sinusales sino organización transitoria de una FA.

Adrián Baranchuk

Hola,

Esta claro, nosotros también realizamos ecocardiografia a todos los pacientes de la Unidad Coronaria. Me refería a que sí se debe elegir una técnica de imagen para confirmar el diagnóstico elegiría el angio TAC.

Nosotros administramos trombolisis cuando hay repercusión hemodinamica (TEP masivo)

Saludos

Miguel Fiol

Estimados:

La presentación clínica de la embolia pulmonar aguda (EPA) oscila entre el shock cardiogénico o la hipotensión sostenida y la disnea leve. El tromboembolismo también puede ser asintomático y diagnosticado mediante estudios por imágenes realizados con otros fines.

El tratamiento fundamental es la anticoagulación.

Se debe sospechar EP en todos los pacientes que con disnea de reciente comienzo o empeoramiento de una disnea preexistente, dolor torácico o hipotensión sostenida sin una causa alternativa obvia.

En los pacientes con estabilidad hemodinámica, el diagnóstico de EP debe basarse en un estudio diagnóstico secuencial que consiste en la evaluación de la probabilidad clínica, pruebas D-dímero, y (si es necesario), la tomografía computarizada (TC) multidetector o el centellograma de ventilación- perfusión. La prueba del dímero-D es de valor limitado en pacientes con una la probabilidad clínica de EP. Tiene menor especificidad en pacientes con cáncer, embarazadas y ancianos. Los pacientes hemodinámicamente estables con probabilidad clínica elevada de EP o aquellos con niveles elevados del dímero-D deben ser sometidos a TC multidetector.

En los pacientes hemodinámicamente inestables que están hipotensos o en estado de shock, debe hacerse la TC multidetector, por su elevada sensibilidad (97%) para detectar las EP en la principales arterias. Si no es posible realizar una TC multidetector de inmediato, se hará un ecocardiograma para confirmar la presencia de disfunción ventricular derecha.

En cuanto al tratamiento la EPA requiere un tratamiento inicial a corto plazo, con un anticoagulante de acción rápida, seguido del tratamiento con un antagonista de la vitamina K por lo menos durante 3 meses aunque en los pacientes con alto riesgo de

recurrencia es necesario hacer un tratamiento mas prolongado.
Saludos

Eduardo Quiñones

Interesante el caso de la embolia pulmonar

Quiero insistir en la idea del rol del eco en el marco del cuadro clínico de la paciente. Creo que no hacerlo es un error. Independientemente de la sensibilidad y especificidad del método en la embolia de pulmón específicamente. No hay dudas que la confirmación será con una TAC o una angiografía dependiendo de la disponibilidad de acceso a aparatología del centro tratante. Pero no me imagino mandar a un paciente con diagnóstico presuntivo de embolia de pulmón a angioTAC directo sin un eco previo que se hace en 15 min al lado de la cama del paciente incluso en UTI con arm, etc, etc. Es más. si la sospecha es alta se puede "afinar la puntería" y buscarla más y mejor.

Lo otro: se armó una interesante controversia en cuanto al tratamiento: anticoagulación sola vs trombolíticos. Esto va mas allá creo de lo que dicen las guías que son fáciles de buscar y leer pero difíciles de aplicar. Entonces pregunto: para los que proponen trombolisis. ¿¿Qué droga?? ¿¿En qué dosis?? ¿¿De qué forma??

Gracias.

Ricardo Paz
Sgo del Estero

Hola a todos, respecto del caso del TEP presentado refiero las guías para su diagnóstico y tratamiento.
Es en castellano para que todos los que deseen actualizar el tema.

[Guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología. Guías de práctica clínica sobre diagnóstico y manejo del **tromboembolismo pulmonar** agudo](http://www.trainmed.com/trainmed2/contentFiles/12651/es/TEP.pdf)

<http://www.trainmed.com/trainmed2/contentFiles/12651/es/TEP.pdf>

Un cordial saludo
Martín Ibarrola

Ricardo Paz,

Vou colocar minha opinião, baseada em evidência, de forma objetiva.

- A pedra fundamental do tratamento de TEP é anticoagulação, que está claramente associada a menor mortalidade e deve ser instituída, o mais precocemente possível.
- Trombolítico acelera a lise do coágulo e tem benefícios hemodinâmicos a curto prazo (pressão na artéria pulmonar, perfusão do ventrículo direito e perfusão pulmonar).
- Há aumento do risco de sangramento importante.
- Trombolítico não deve ser utilizado em pacientes sem comprometimento hemodinâmico (1C).
- Em relação aos trombolíticos está bem definido:

- Usar quando o diagnóstico de TEP já está confirmado.
- A indicação e potencial benefício deve ser avaliado em relação aos efeitos adversos.
- Não existem estudos clínicos controlados que demonstrem que o uso do trombolítico promova significativa diminuição da mortalidade quando se compara ao uso de anticoagulante isoladamente (Chest. 2012;141(2 Suppl):e419S; J Am Coll Cardiol. 2002;40(9):1660.; Lancet. 1999;353(9162):1386.; J Am Coll Cardiol. 1992 Sep;20(3):520-6).
- Um estudo observacional (Am J Med. 2013 Jul; 126 (4) :304-10. Epub 2013 Feb 13) mostrou benefício em relação a mortalidade em pacientes com TEP instável (8,4% X 42%).
- De forma semelhante, trombolítico não reduziu de forma significativa TEP recorrente quando comparado ao uso de anticoagulante isoladamente.
- Trombolítico melhora (efeitos transitórios - Am J Cardiol. 1998;82(8):966) – Efeitos permanentes (N Engl J Med. 1980; 303 (15): 842.):
 - A pressão na artéria pulmonar.
 - A função do ventrículo direito.
 - A perfusão pulmonar.
 - etc.
- Indicações de trombolítico:
 - Hipotensão relacionada a TEP (indicação universalmente aceita).
 - Disfunção do VD associada a TEP.
 - Presença de grave hipoxemia.
 - Importante defeito de perfusão.

A nossa preferência, por ser amplamente disponível em nosso país, é utilização de alteplase 100mg. infusão em duas horas em veia periférica, obviamente.

Cuidados:

- Diagnóstico claramente estabelecido de TEP.
- Cuidadosamente avaliar presença de contraindicações ao trombolítico.
- Suspender o uso da heparina durante a infusão da alteplase.

]]s.,

Flávio Galvão.

Si uno se fija en el ECG en V1 tiene patrón qr que se ve en la hipertensión pulmonar, hubiera sido interesante, ver los gases en sangre ya que el TEP es el único cuadro que cursa con hipoxia e hipocapnia.

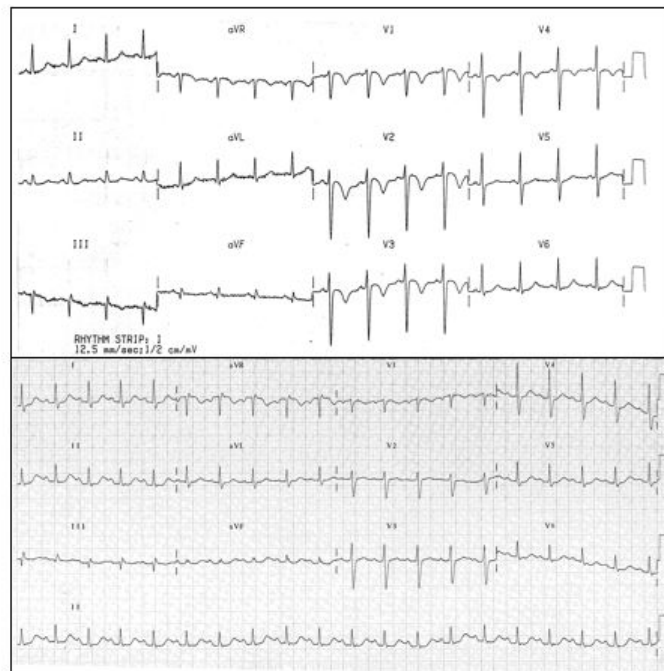
Carlos Enrique Mendoza Aguilar

Hola Ricardo,
Que conste que en nuestra Unidad Coronaria practicamos ECO a TODOS los pacientes independientemente de la patología.
Aparte, a modo de ilustración muestro un caso de TEP en el que se aprecian los cambios

ECG tras fibrinólisis y otro caso de TEP masivo en situación de shock cardiogénico que murió y donde se observa el signo mas ECG mas grave (elevación de ST en V1-V2).

Saludos

Miguel Fiol



Paciente de 52 años que ingresa por disnea y dolor torácico. Antecedentes de TVP

Arriba: trazado ECG al ingreso que muestra signos de tromboembolismo pulmonar (taquicardia sinusal, S1Q3Te, onda T negativa en precordiales derechas por sobrecarga de ventrículo derecho). Abajo: trazado ECG tras la administración de tratamiento trombolítico (se observa normalización de la repolarización en precordiales derechas)

Varón de 63 años. Paro cardiorespiratorio. Se detecta tromboembolismo pulmonar masivo en el angio-TAC. EXITUS.

