

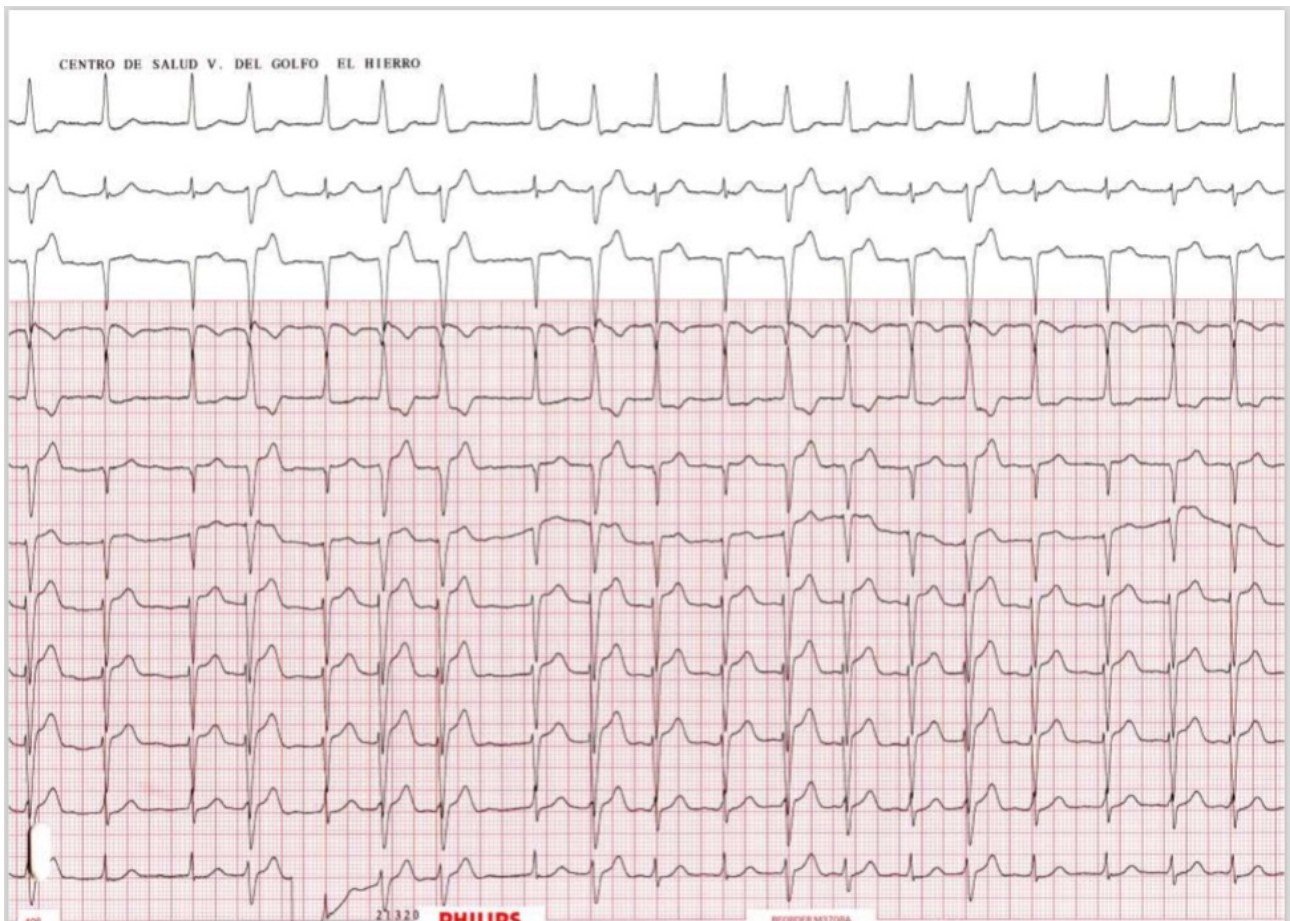
Mujer de 87 años con vómitos y dolor retroesternal – 2015

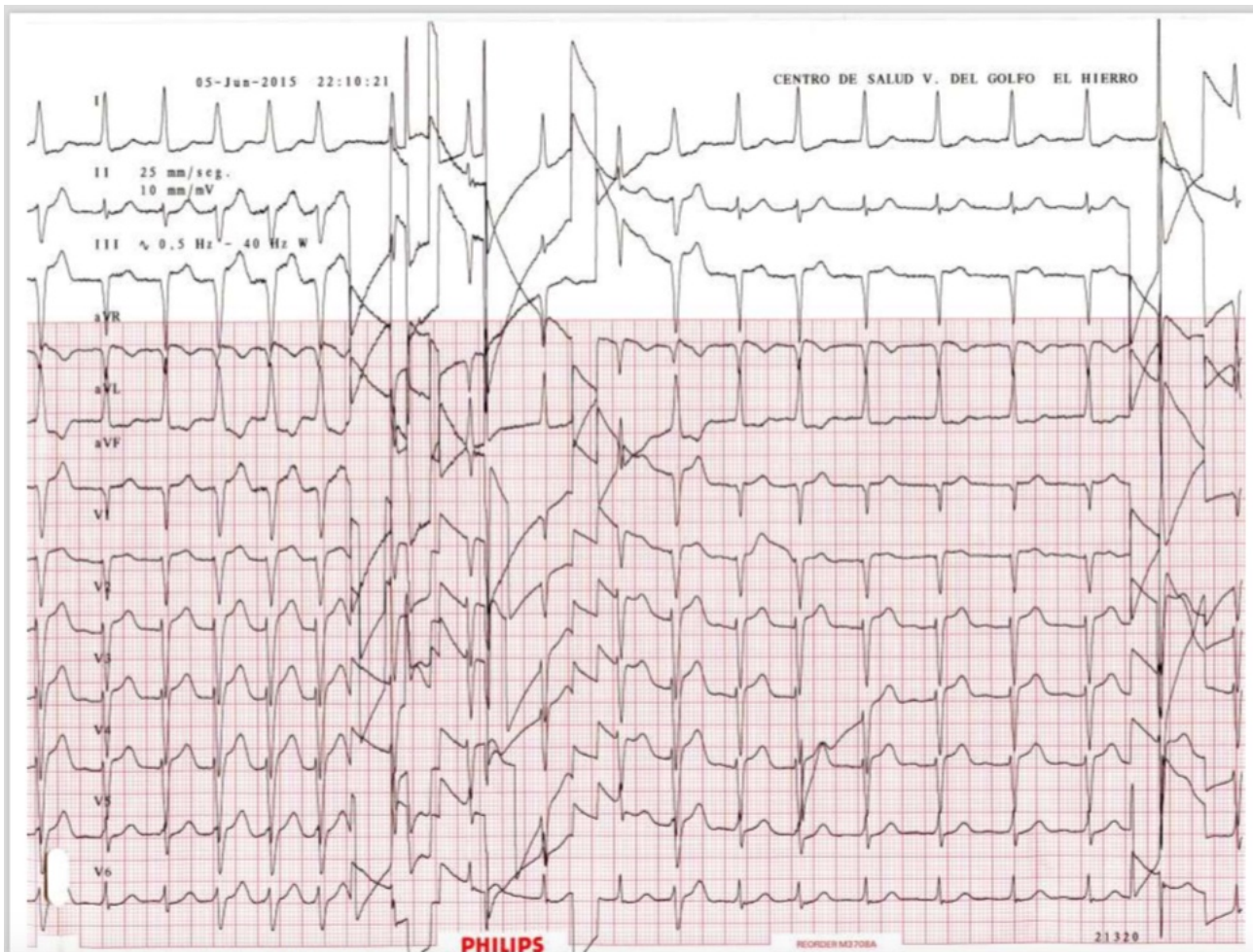
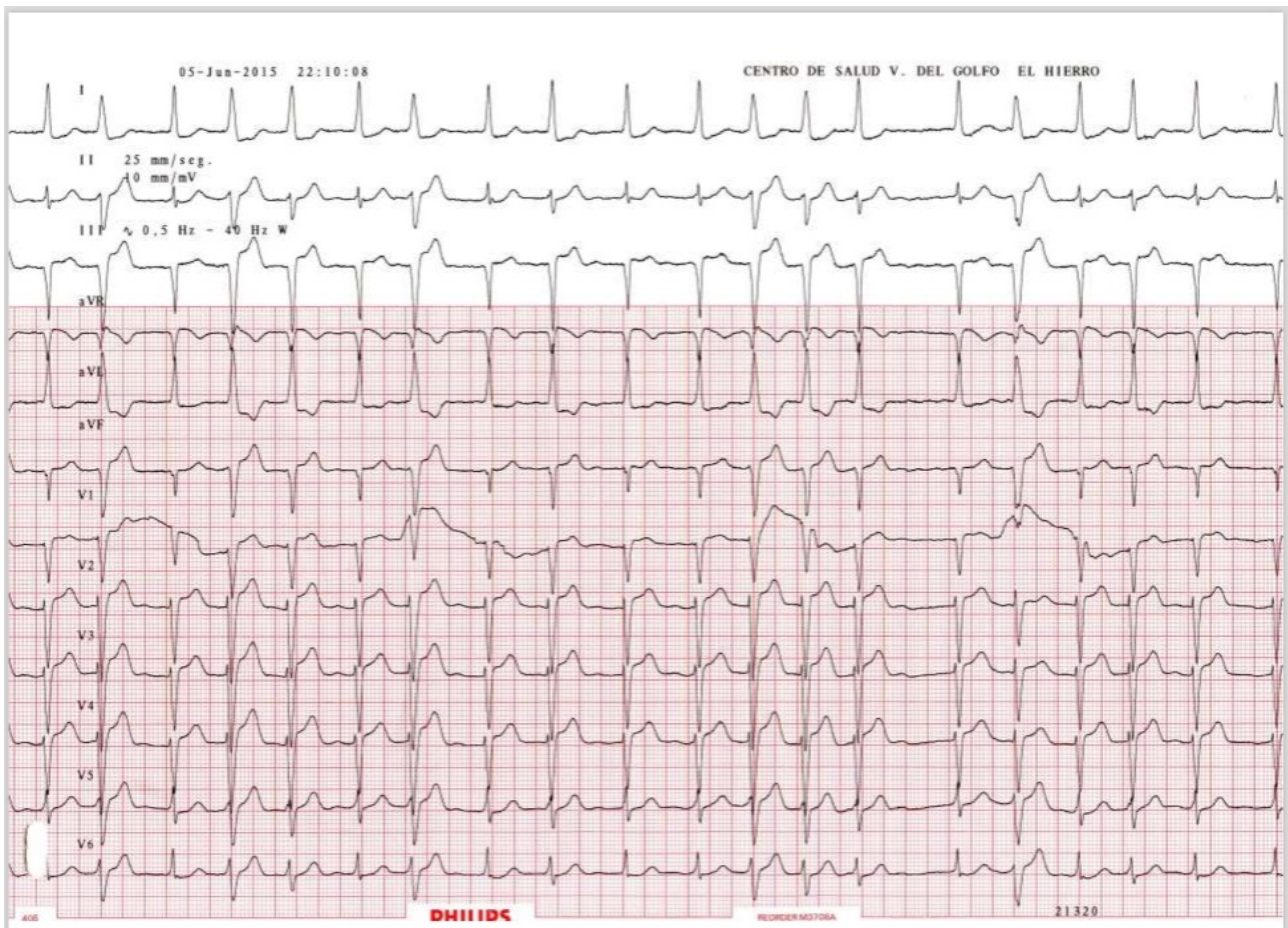
Lic. Javier García Niebla

Mujer de 87 años que acude a urgencias al presentar tras la cena, cuadro de vómitos y dolor retroesternal con epigastralgia. Como antecedentes destacados: Diabética e hipertensa, fibrilación auricular crónica y episodios de dolor torácico a medianos esfuerzos en 2010 con coronariografía sin lesiones significativas. Troponina T inicial: 145 ng/L (0-50) Troponina T a las 6 h. 303 ng/L
Este es su ECG. ¿Cuál es vuestra opinión?

Un cordial saludo

[Javier García-Niebla](#)





OPINIONES DE COLEGAS

Hola estimado Javier:

La paciente presenta taquicardia, no se evidencian ondas P, el ritmo de base es irregular por lo que interpreto una Fibrilación auricular de alta respuesta ventricular. Eje eléctrico se encuentra desviado a la izquierda con onda QS en DIII y AVF y falta de progresión de R de V1 a V4.

En los latidos con un intervalo RR menor se evidencia una mayor desviación del eje eléctrico a la izquierda y conducen con mayor grado de aberrancia. No encuentro claramente criterios para considerar que son EV,

El segmento ST de los latidos de duración normal presenta leve infradesnivel del segmento ST en DI y AVL y supra ST en DII y AVF. Similar a lo que ocurre en dicho segmento de V1 a V3. Además de supra ST en AVR.

Si presenta una miocardiopatía dilatada con aumento de las presiones intraventriculares los cambios son por el aumento de las presiones intraventriculares por la FA de alta respuesta ventricular podría ser una interpretación de esto.

Mi conclusión es que presenta una FA de ARV con signos de injuria subepicárdica de V1 a V3 con supra ST en DIII y AVF, y alternancia en la conducción con bloqueo del fascículo anterior izquierdo en el contexto de un SCA, por lesión proximal de la coronaria derecha.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Hola colegas,

Mi interpretación es:

- Fibrilación auricular

- Lesión (injuria como decís vosotros) subepicárdica en V1-V4 (no pienso en variante normal porque es mujer y supera los límites) sin imagen especular en cara inferior (la oclusión debe situarse distal a la D1)

- Ritmo idioventricular (hay que hacer tiras mas largas para detectar algún latido de fusión, el latido nº 10 es dudoso que lo sea).

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

Palma de Mallorca

Trataré de analizar el caso de mujer de 87 años enviado por mi amigo Javier Niebla

Según mi opinión este caso es complicado desde el punto de vista electrocardiográfico

Me da la impresión que este patrón es crónico en presencia de una fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.

En latidos rápidos se observan en las derivaciones de los miembros signos de hemibloqueo anterosuperior en presencia de hipertrofia ventricular izquierda basal con ST deprimido T invertida en AVL y ST-T elevado en DIII R altas en AVL y S profundas en DIII, También en los complejos precordiales se ven signos de hipertrofia ventricular posteroseptal, expresada por ondas S profundas en V2 y V3.

El segmento ST elevado con onda T positiva en V1 a V4 es posible que sea debido a la hipertrofia, aumentando en los complejos más profundos.

Es muy posible que la troponina aumentada sea por insuficiencia cardíaca en una mujer de avanzada edad, con signos de hipertrofia severa.

Otra posibilidad lejana sería un Tako Tsubo en sus primeras etapas desarrollado en una hipertrofia izquierda, pero habrá que ver la evolución del proceso.

Electro de difícil interpretación que puede dar diferentes resultados y tal vez nuestro querido amigo Martín Ibarrola, tiene razón

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Adjunto la coronariografía y ventriculografía del caso y estos comentarios:

Mujer de 87 años que acude a urgencias al presentar tras la cena, cuadro de vómitos y dolor retroesternal con epigastalgia. Como antecedentes destacados: Diabética e hipertensa, fibrilación auricular crónica y episodios de dolor torácico a medianos esfuerzos en 2010 con coronariografía sin lesiones significativas. Troponina T inicial: 145 ng/L (0-50) Troponina T a las 6 h. 303 ng/L

ECG 1 (Tira de ritmo de 12 derivaciones obtenida en tiempo real)

- Fibrilación auricular con frecuencia ventricular media de 120 lpm.
- Complejos ectópicos ventriculares (E1 y E2) y latidos de fusión acompañantes.
- Anchura del QRS basal en derivaciones de los miembros: 94 ms
- Anchura del QRS ectópico (1) en derivaciones de los miembros: 136 ms
- Anchura del QRS fusionado 1: 105.6 ms
- ECG 1 (con dolor torácico):

Este electrocardiograma es una tira de ritmo registrada en tiempo real. Esta forma de obtener el ECG, junto al punto de corte del filtro paso alto empleado (0.5 Hz) hace que el ST se distorsione, produciéndose elevación del ST en algunas derivaciones y descenso en otras siendo más acusado el efecto en el complejo ectópico.

-ECG 2 (con dolor torácico):

En un trazado obtenido seguidamente en modo automático (tiempo no real), aplicando el mismo punto de corte (0.5 Hz) la señal puede ser procesada digitalmente evitando las alteraciones producidas en el ECG obtenido en tiempo real.

La paciente fue derivada al centro de referencia con el diagnóstico de SCASEST presentando ligera elevación de troponinas. El NT-proBNP fue positivo.

Se le practicó coronariografía con coronaria derecha normal con DA y CX con irregularidades no significativas. **La ventriculografía mostró un patrón de Tako Tsubo.**

En fin:

Síndrome de Tako tsubo sin elevación del ST con ECG inicial que muestra el efecto deletéreo de la aplicación del filtro de paso alto en ECG registrados en tiempo real (tira de ritmo).

Saludos

[Javier García-Niebla](#)
