

# **Paciente de 70 años, coronario crónico con SCA hace dos meses – 2012**

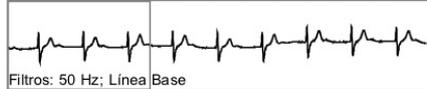
Dr. Ricardo Corbalan

Paciente de 70 años masculino coronario conocido que presentó episodio coronario hace 2 meses realizando ATC a CD y CX que consulta por mareos leves y palpitaciones . Se realizan ECGs seriados en el momento de la consulta obteniéndose estos trazados . Me gustaría conocer la opinión de los expertos del foro sobre estos trazados y la conducta a adoptar.

Muchas gracias.

Dr Ricardo Corbalan

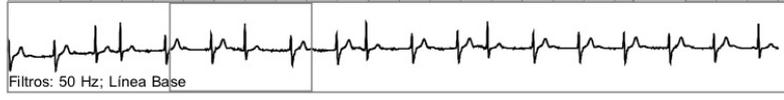
Tucumán Argentina



V5







V5





Filtros: 50 Hz; Línea Base

V5

# OPINIONES DE COLEGAS

Hola Ricardo

Gracias por el caso.

Me parece un ritmo ideoventricular originado en la fascículo posterior de la rama izquierda, ya que genera una imagen similar a un bloqueo de rama derecha con eje de bloqueo fascicular anterior izquierdo. Pero se trata no de un ritmo conducido sino de un ritmo automático de esta región.

Me gustaría conocer:

1. Fr Ey
2. Quiero saber si esta activa su isquemia, ya que estos ritmos pueden ser por reperfusión también. Por lo tanto, un talio o similar, para evaluar presencia de isquemia activa.
3. Saber como está medicado para saber si recibe drogas que depriman la conducción y favorezcan el automatismo.

Luego de estos estudios, y ver si necesito nueva revascularización, discutiríamos la conducta a seguir.

Un abrazo

Adrián Baranchuk

---

Coincido con Adrian en el análisis electrocardiográfico, Ricardo, ¿qué betabloqueador y en qué dosis le están dando al paciente?

Podríamos hacer algun estudio observacional sobre el efecto en la calidad de vida de los BB luego de eventos coronarios con función ventricular normal, el dinero que se está gastando es increíble: stent con drogas, antiagregantes varios (más de uno), BB, hipolipemiantes, metformina para el síndrome metabólico, un protector gástrico seguro, y de vez en cuando la pastillita azul, ¿creo que es la única salvadora no?, un poco de humor si me permiten, saludos

Francisco Femenia

---

El paciente tiene una FEy por eco normal.

La perfusión previa a las angioplastias informa IAM no transmural inferolateral con isquemia leve a moderada en tejido residual. Fey conservada. No toma medicamentos que puedan deprimir la conducción o el nódulo sinusal.

La conducta nuestra también es evaluar si hubo progresión o reestenosis de sus lesiones coronarias así que le pedimos una perfusión que todavía no se hizo.

Durante la CCG previa y ATC se informa compromiso de la arteria del nódulo sinusal junto con la lesión de la CD. No betabloqueado, solo antiagregado desconozco los motivos ya que es paciente de una colega.

Mi otra duda es si realmente las ondas J que aparecen durante este ritmo tendrán valor predictivo de arritmias graves ya que acompañan a segmentos ST horizontales o descendentes los cuales incrementan el riesgo de MS en otras poblaciones.

Ricardo Corbalan

---

Ricardo, en el primer ECG muestra un ritmo idioventricular con imagen de BCRD + AQRS superior (HAI) y una onda P no conducida, que se observa muy bien en aVL después del QRS (tercer complejo).

Los otros ECGs muestran lo mismo pero con captura.

1) Lo primero a evaluar si no hay disfunción sinusal secundaria a BB, 2) si esto no ocurre en un evento isquémico, 3) evaluar Fey para el pronóstico y 4) plantearse implante de MCP.

Abrazo.

Oscar Pellizzón

---

¡Hola queridos amigos:

El diagnóstico de Baranchuk es correcto (creo que parcialmente). El ritmo idioventricular aparece por depresión de la actividad sinusal y no hay trastorno de conducción AV, ya que se ven capturas frecuentes con complejos QRS estrecho, incluso con intervalos R-P no demasiado prolongados

El ritmo ventricular se origina, como bien expreso AB, en la DP de la RI, que es el sitio más frecuente de origen de estos ritmos. No se cual es la razón pero la división posterior de la RI es el fascículo con mayor actividad automática (esto está bien estudiado en los BAVC). Es factible que el paciente esté medicado con fármacos depresores del NS y habría que ver que papel desempeña una probable isquemia, tal como señala el colega AB

Saludos

Pablo A Chiale (PAC)

---

Con respecto al paciente coronario de 70 años con ritmo idioventricular acelerado

En el electro se observa un infarto inferior muy pequeño reperfundido

Los arritmias idioventriculares aceleradas que aparecen en infartos inferiores reperfundidos tienen siempre el eje a la izquierda, y si provienen del septo izquierdo tienen imagen de BD, pero si provienen de la margen derecha del septum, tienen imagen de BI, con eje a la izquierda (Sclarovsky S et al Premature ventricular conduction in AMI Correlation between their origin and the localization of the infarct J of Electrocardiology 1979;12;157, 161. Sclarovsky et al multiform accelerated idioventricular rhythm in AMI Electrocardiographic characteristics and response of verapamil AM J OF CARDIOL 1983 ; 57; 44-47)

En este artículo presentamos ritmos ventriculares acelerados en infartos inferiores con desviación del eje a la izquierda y alternativamente con imagen de BD y BI, e infartos anteriores con desviación del eje a derecha y alternativamente con imagen de BD y BI e imágenes de fusión entre estos latidos.

Lo interesante que en los infartos con signo de infarto no reperfundido (ondas Q, con ST elevado, y onda T positiva persistente durante los primeros 7 días) no se observa, generalmente esta arritmia

¿Por qué aparecen estas arritmias cuando las ondas T se invierten?

Nuestra opinión es que en la reperfusión se lesiona la membrana del miocito y se libera gran cantidad de calcio y potasio de las células lesionadas, creando condiciones en las células purkynianas para la aparición de arritmias ectópicas debido a slow current, Por esto vimos como en casos severos lo podíamos controlar con verapamil

Y yo voy más lejos aun, !! cuando se se ve este fenómeno en pacientes asintomáticos, digo que en alguna parte del corazón hubo reperfusión, y liberación celular de calcio y potasio, aunque no se vean signos de isquemia.

Así he salvado a un médico amigo y otro paciente. Uno fue a cirugía y el otro a 3 stents

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

---

