

ECG post paro cardíaco de hombre de 72 años - 2011

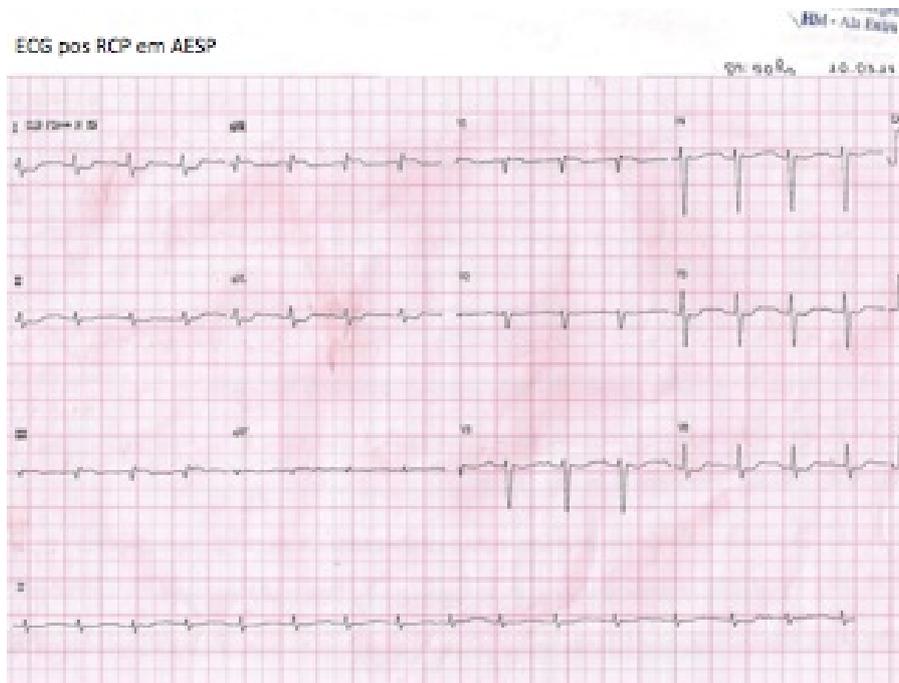
Dr. Raimundo Barbosa Barros

Estimados miembros del foro

El hombre, de 72 años, se despertó con dolor torácica y dispnea. Ao llegar a la emergencia presentado dos episodios de paro cardíaco en AESP. Le adjunto el ECG después de la reanimación cardiopulmonar. Después de la estabilización fue remitido al laboratorio de cateterismo. Más tarde presentó un cuadro de shock cardiogenico. ¿Qual diagnóstico y el tratamiento?

Un abrazo para todos

Raimundo Barbosa Barros



OPINIONES DE COLEGAS

Análisis del caso del Dr. Raimundo Barbosa Barros

Este caso me parece que sufrió de fibrilación ventricular polimórfica. ¿por qué digo esto ? Porque el ECG post resucitación muestra un ST-T que sigue elevado, indicando obstrucción completa

El ECG después de la resucitación indica un infarto en la cara inferior (y no posterior) con elevación del ST -T en DIII y depresión de remodelación aguda en aVL

La elevación del ST -T en v1 indica ischemia del septo derecho y V4R indica infarto lateral derecho.

¿Que anatomía encontraremos ? Obstrucción incompleta de la arteria derecha, no desarrollada, y proximal a la marginal derecha también no desarrollada. ¿Por qué digo esto ? Porque si fuese desarrollada, también V2, V3 estarían elevadas.

¿Por qué digo pequeña? Porque únicamente está involucrada DIII y no DII. DII expresa la cara inferoposterior.

¿Por qué shock cardiogénico?

Generalmente los infartos derechos producen un shock cardiogénico caliente
¿Cómo se diagnostica este shock?

1) no palidez 2) no transpiración fría 3) extremidades calientes

¿Por qué se produce este shock? Generalmente por la administración de nitratos intravenosos

El nitrato produce una vasodilatación periférica, sin taquicardia, y por re-isquemia de la arteria derecha (colapso que el mecanismo fisiopatológico ya lo hemos discutido en el caso del Prof José Milei)

Referencias

Birnbaum, S Sclarovsky et al Polimorphus VT early after acute myo infarction am j of cardiology 1993;74;180

Hasdai Sclarovsky acute inferior wall infarction with one lead st-t elevation electrocardiographic sistinnction between benign and malignant clinical outcome coronary artery disease 10036;875

Un fraternal abrazo
Samuel Sclarovsky

Estimados amigos

La angiografía coronaria reveló: coronaria derecha normal, circunfleja normal, lesión 40% en el tercio medio de la descendente anterior.

El ecocardiograma: la función ventricular izquierda normal; dilatación de cámaras derechas con la presión arterial pulmonar sistólica estimada en 52 mmHg. Debido una posibilidad muy fuerte de la embolia pulmonar aguda y choque, se inició el tratamiento con estreptoquinase con mejora parcial del quadro. Entretanto el paciente falleció después de 72 horas con sepsis. Estoy de acuerdo en que el ECG inicial era compatible conTEP simulando IAM del VD.

¿Cuál es la opinión de los colegas?

Un abrazo
Raimundo Barbosa

Queridísimo amigo Dr Raimundo Barbosa Barros hay un viejo dicho hebreo que dice *"de todos los que me enseñaron, aprendí"*

Y Ud querido amigo me dió una flor de lección

1) que uno de los signos de presentación de la embolia pulmonar es fibrilación ventricular

2) que puede existir una dilatación del ventrículo derecho sin desviación del eje a la derecha

3) que la embolia pulmonar puede expresarse en el ECG, como infarto derecho e inferior reperfundido

Me parece que hubiese vuelto hacer el mismo diagnóstico, en que he hecho anteriormente, ya que este trazado tiene alta sensibilidad para reperfusión de la coronaria derecha no desarrollada.

Mis felicitaciones a Dr Raimundo, por presentar al forum este caso extraordinario, de mucha enseñanza, y disculpen la metida de pata mía, pero me parece que fue un buen ejercicio clínico

Y este shock pulmogénico es vasoconstrictivo, (es decir pálido y frío)probablemente por una dispersión embólica periférica, (lluvia embólica) debido al tratamiento trombolítico . Este cuadro es fatal.

El diagnóstico se hizo en el cat lab o anatomía post mortem?

Un fraternal abrazo a todos los foristas

Samuel Sclarovsky

Estimado Dr. Barbosa: apasionante su caso.

Por lo referido la CCG que no evidenció lesiones coronarias severas ni IAM en evolución, ¿no le realizaron angiografía pulmonar en el procedimiento?

¿Valores de dímero D posee?

Entiendo la fuerte sospecha clínica de TEP, ¿fue confirmado por algún método diagnóstico?

¿Factores de riesgo para el mismo?

Perdón si me encuentro equivocado pero Ud refiere que ¿fallece de sepsis? ¿Cuál es la sospecha de origen de la misma?

Disculpe mis preguntas, solo intento encontrarle un punto en común a la presentación del cuadro del paciente y su evolución posterior.

Saludos y gracias por sus interesantes presentaciones.

Martin Ibarrola

Estimado Dr Martin Ibarrola

El colega no realizó angiografía pulmonar. Había signos de trombosis venosa profunda en la pierna derecha. D-dímero >1200.El diagnóstico no se confirmó por otro método. OECHO era muy sugerente de TEP. Após 48 horas de estreptoquinasa hubo una reducción de la presión sistólica de la arteria pulmonar y el patrón del ECG muestra S1Q3T3 desaparecido. Todavía no tenemos detalles sobre el origen de la infección.

Gracias

Raimundo Barbosa

Estimado Dr Barbosa: muy amable en realizar el envío y aclararme mis dudas. Conuerdo plenamente con el criterio de los cambios en el ECG luego de la infusión de la trombolisis. Un excelente ejercicio para diagnósticos diferenciales.

Gracias a Ud. por compartir sus increíbles casos con nosotros, un verdadero aprendizaje. Un cordial saludo

Martin Ibarrola
