

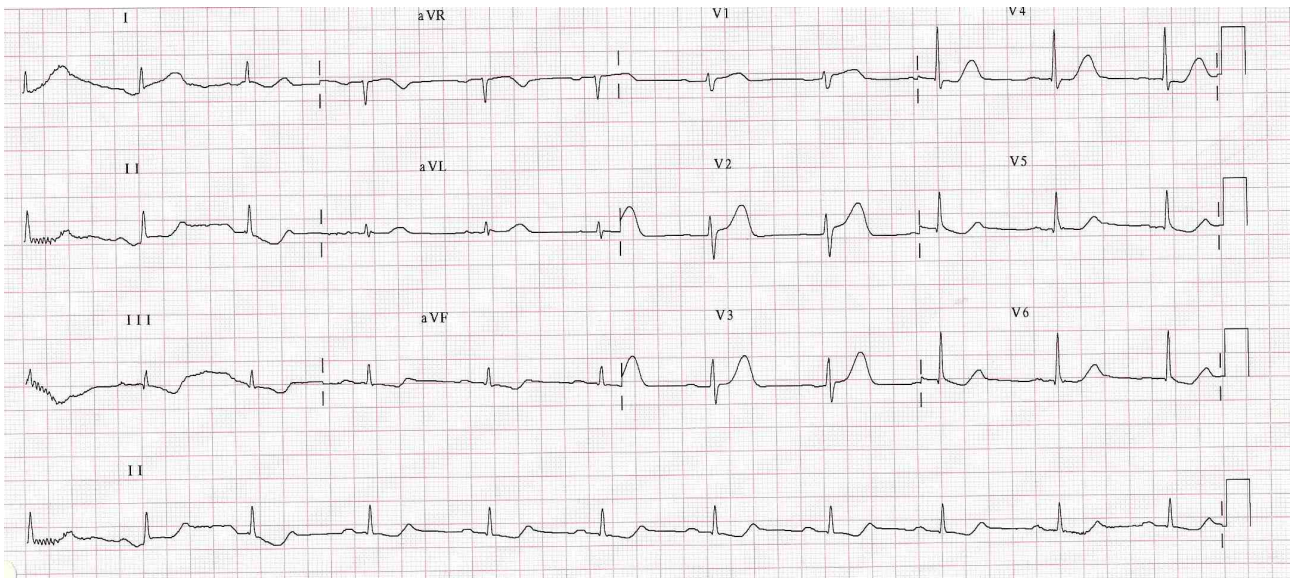
Mujer de 76 años con SCA – 2010

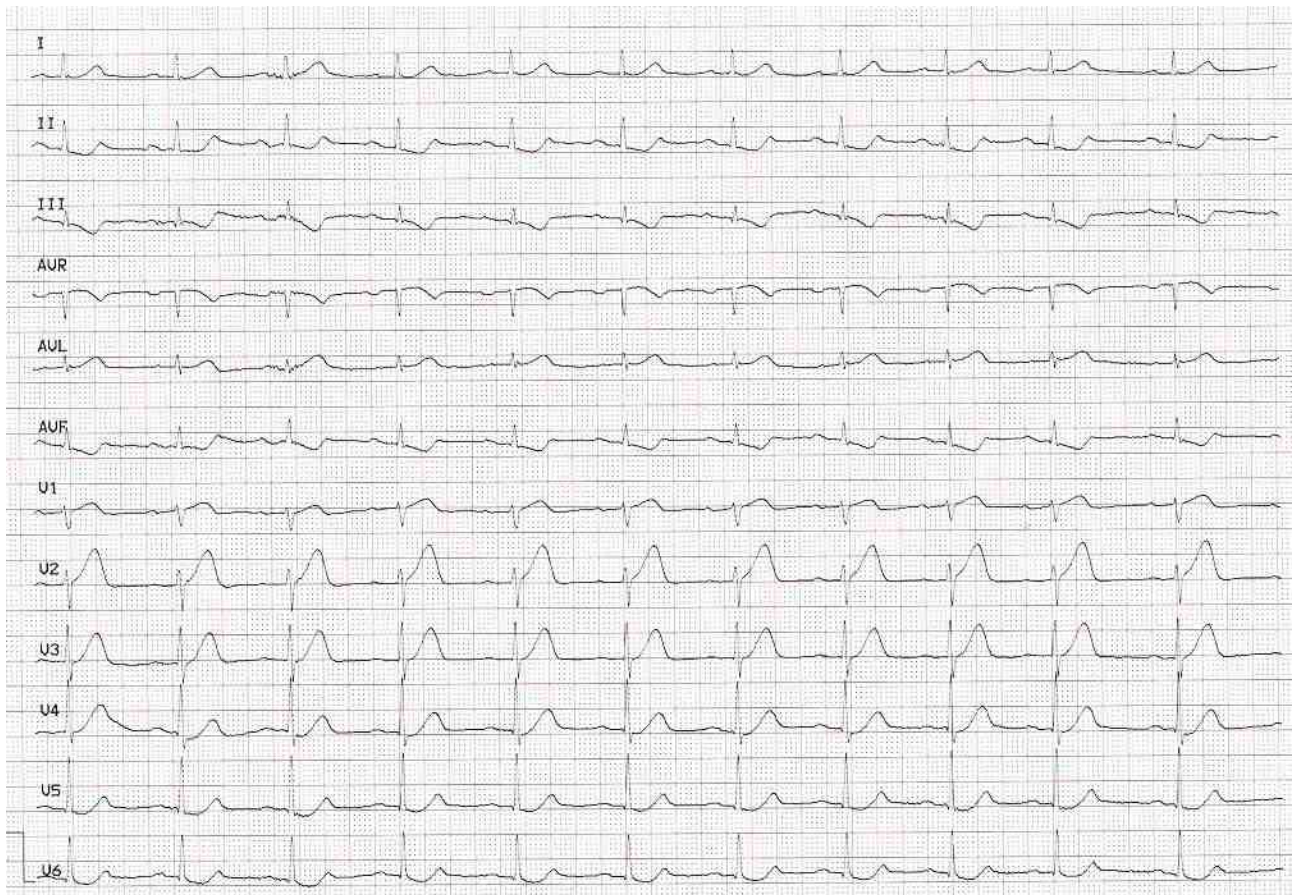
Lic. Javier García Niebla

Estimados amigos, me gustaría saber vuestros comentarios acerca de estos dos ECG que pertenecen a una paciente de 76 años que acude a nuestro centro de urgencias por dolor torácico típico.

Un cordial saludo,

Javier García Niebla





OPINIONES DE COLEGAS

Estimado amigo García Niebla

Los trazados dan la sensación de que existe un compromiso en la circunfleja con compromiso isquémico íferoposterolateral.. Hay S-T en bayoneta en CARA INFERIOR y D1 (primer trazado) y en V5-6 estando rectificaco en V3-4 en tanto que hay onda T elevada en V2-V3.

En el segundo trazado la delta T entre V2 y V6 es de 6mm (mucho más que los 3mm requeridos) que obligan a pensar en un bucle de T en PH dirigido francamente hacia adelante más allá de los + 60°.

Un fraternal saludo

Carlos Lavergne Neuquen Patagonia Argentina

Lindo caso! Ud como siempre tiene la cualidad extraordinaria de captar casos no comunes

Este caso lo voy analizar porque yo lo he descripto en la literatura con un protocolo prospectivo muy detallado.

Primero digo que este ECG muestra lo que he denominado MID ANTERIOR INFARCTION debido a una obstrucción súbita de la rama diagonal primera de la anterior descendente Este patrón electrocardiográfico de gran interés electrofisiológico y patofisiológico

1) ST-T elevado en dos derivaciones no consecutivas, de 2 planos diferentes: el ánteroposterior (V2) y otro vertical, AVL, donde viene a salir de la regla de la definición del infarto es decir ST-T elevado en 2 o más derivaciones consecutivas, pero que le vamos a hacer si madre natura estableció que esta arteria suple 2 planos diferentes.

2) el ST-T deprimido en LIII, AVF. Este fenómeno eléctrico nos indica que LIII es la cara oponente de AVL.

Este fenómeno tiene 2 explicaciones a) electrofisiológica indicado remodelación eléctrica , (término introducido por mí en los trabajos presentados en el Congreso Mundial de Cardiología en BS AS, diciendo que los cambios moleculares que ocurren en la cara opuesta del infarto es expresada por el ECG, ("cambios recíprocos") y también indica los cambios mecánicos que ocurren en la cara opuesta, creando un área hiperquinética al fenómeno MECHANICAL -ELECTRICAL FEEDBACK) NO me extendo más en este tema apasionante, (pero lo haré con más detalles en Mendoza en lo de nuestro amigo Dr. Francisco José Famenia)

El otro fenómeno interesante es la depresión del ST con T positiva (que en este caso se ven nada más claro que en V5 y V6)

Estos infartos fueron llamados en los laboratorios de investigación con el nombre de WEDGE INFARCTION es decir infarto en cuña, donde la punta está en el área epicardial (AVL, V2) y la base está en el endocardio que se manifiesta con ST deprimido con T positiva. Este fenómeno lo vemos siempre en los infartos anteriores, debido a la AD y sus ramas, donde nos sugiere que en el endocardio de la cara anterior está irrigada únicamente por una sola arteria, mientras que el epicardio tiene irrigación superpuesta de otras arterias epicardiales. Esto explica varios fenómenos en el corazón que únicamente el electro, viejo y fiel amigo de los cardiólogos, donde nos da información sofisticada que ningún método es capaz de proporcionar).

En conclusión este electro nos muestra dos fenómenos de ST deprimido 1) de cambios recíprocos de remodelación y 2) otro de isquemia subendocardial

No sigo más para no molestar la paciencia de nuestros amigos del forum, pero si se que esto podrá ayudar a muchos pacientes y a nuestros colegas para lucirse con diagnósticos de alta fidelidad.

Yo estoy seguro que mi querido amigo Javier presentaba el caso para provocarme, el sabía el diagnóstico porque lo hemos discutido varias veces.

Yo le agradezco que haya presentado este caso, porque es poco conocido a pesar que hace 15 años que lo he publicado.

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky
