

Mujer 63 años con IAM anterior y arritmia – 2013

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Quisiera saber la opinión del foro en este caso.

Mujer 63 años con IAM anterior fue submetida a angioplastia primária sin éxito (no-reflow). Killip III/IV

En el tercer día presentó taquicardia con QRS no demasiado ancho sin inestabilidad (ECG1, DII y derivación de Lewis). El médico administró amiodarona EV.

Después de 8h presentó otra taquicardia de QRS ancho con inestabilidad hemodinámica (ECG2) revertida tras cardioversión eléctrica (ECG3).

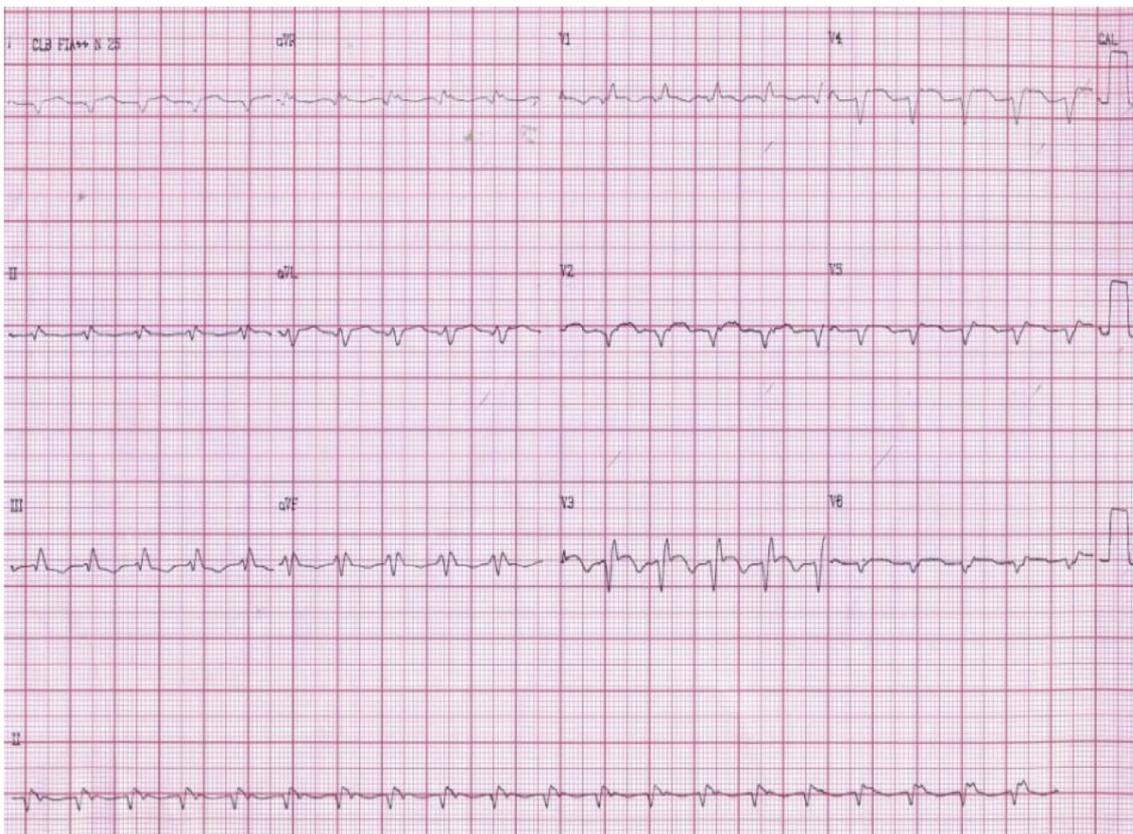
Ionograma normal

ECO: fracción de eyección del ventrículo izquierdo 34%

Saludos cordiales

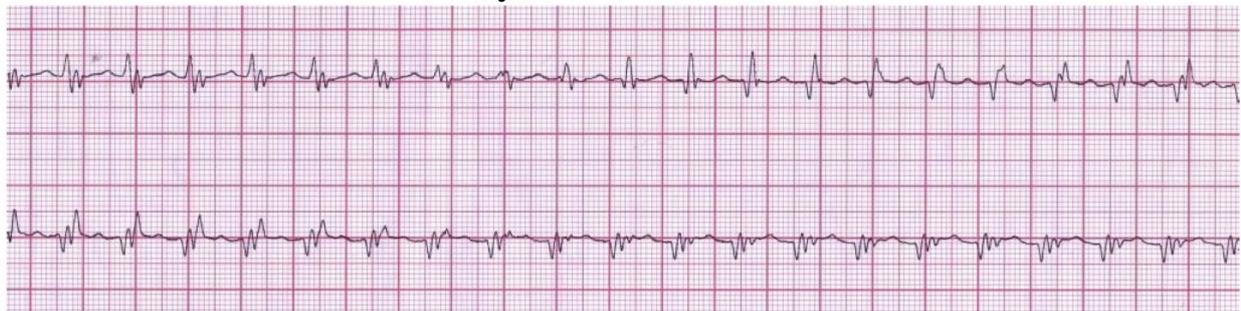
Raimundo Barbosa Barros

ECG1

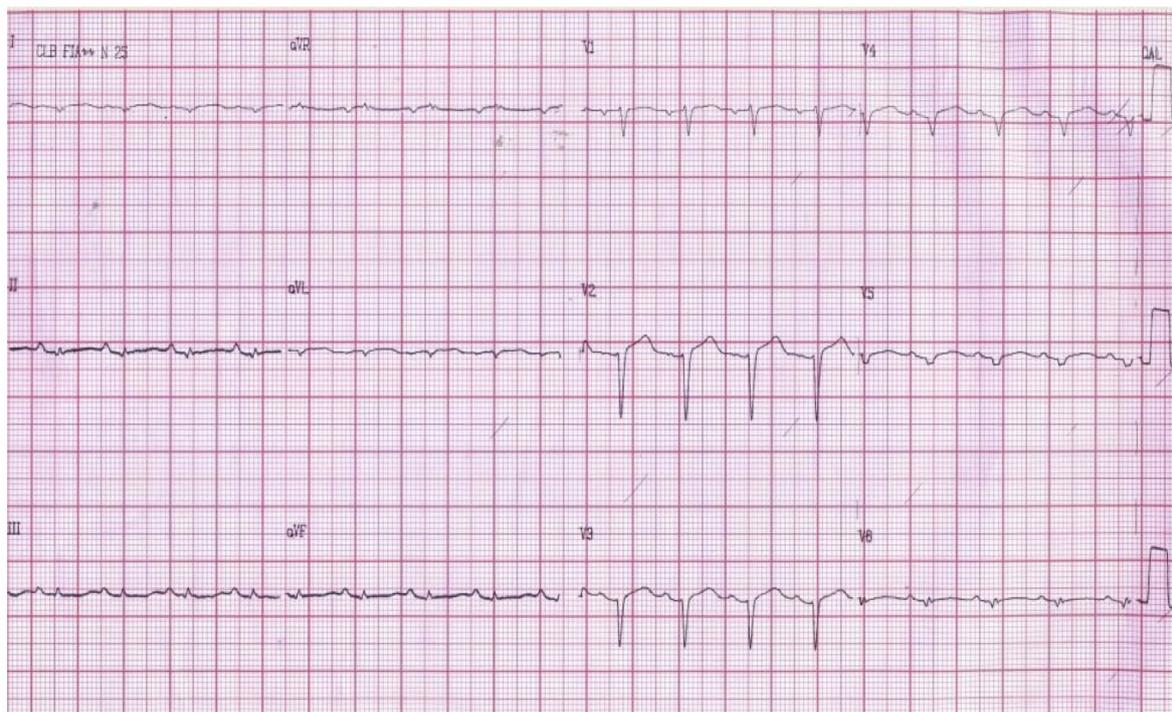




DERIVAÇÃO DE LEWIS



ECG3



OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Raimundo:

Al ingreso presenta Taquicardia sinusal con PR prolongado y un IAM evolucionado en cara anterolateral que compromete la cara inferior por lo que sospecharia de una obstrucción proximal de la DA.

El ECG 2 una TV fascicular o del His proximal por eso presenta en el eje frontal un cambio en el eje eléctrico con máxima expresión en AVR.

El tercer electrocardiograma un IAM evolucionado con taquicardia sinusal y una secuela ánteroseptoapical extensa.

A pesar de sospechar una TV sostenida del haz de His, en el curso del IAM agudo no creo tenga indicación de CDI, solo tratamiento médico y luego de 1 mes reevaluar de acuerdo a FEY si presenta criterios o arritmias ventriculares complejas y riesgo de MS post IAM.

Espero sus comentarios acerca de la conducta decidida.

Un cordial saludo.

Martín Ibarrola

Querido Raimundo: mi impresión rápida acerca de los ECG que enviaste.

ECG 1. probable taquicardia de la unión (con BRD) o del comienzo de la rama izquierda con disociación isoritmica en presencia de un infarto anterior extenso. Llama la atención la morfología del complejo QRS en V3'; creo que el electrodo se colocó en un nivel muy bajo.

ECG 2. Taquicardia ventricular originada en la zona posterior del VI (a pesar de la morfología en V1 (que está bajo la influencia de la desviación importante hacia arriba del

QRS y de la presencia de una zona de necrosis anterior extensa) (se comporta como un BRD enmascarado pero sólo en la derivación V1).

ECG 3. Ritmo sinusal, con voltajes muy bajos; necrosis anterior y lateral, con compromiso inferior; el Séptum parece estar afectado en cierta medida,: existe una nítida r en V1, que no progresa en V2,
Saludos cordiales,

Pablo A Chiale

Queridos amigos del forum. Analizaré el caso de mujer con infarto anterior
Empezaré con el electro número 3 que es el background para las estas arritmias

ECG 3 infarto extensivo que incluye cara ánteroseptal apical y lateral. Miocardio no reperfundido debido a destrucción completa de la microcirculación en el área afectada Los complejos pequeños sugieren una dilatación ventricular, y dando la imagen de ventrículo izquierdo isquémico dllatado con una fracción de eyection alrededor del 20%

ECG 1 taquicardia ventricular con frecuencia de alrededor de 145 lpm regular con desviación a la derecha sugiriendo un origen de la cara anterior de la punta del ventrículo izquierdo En algunos latidos se puede observar disociación aurículo ventricular.

ECG 2 También taquicardia ventricular de origen en la la cara apical posterior, con frecuencia cardíaca alrededor de 140 lpm se ve un latido capturado

Parecería que este infarto tiene algunos días de evolución

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky