

Paciente femenina de 54 años con dolor precordial intenso – 2018

Dr. Santiago Campbell

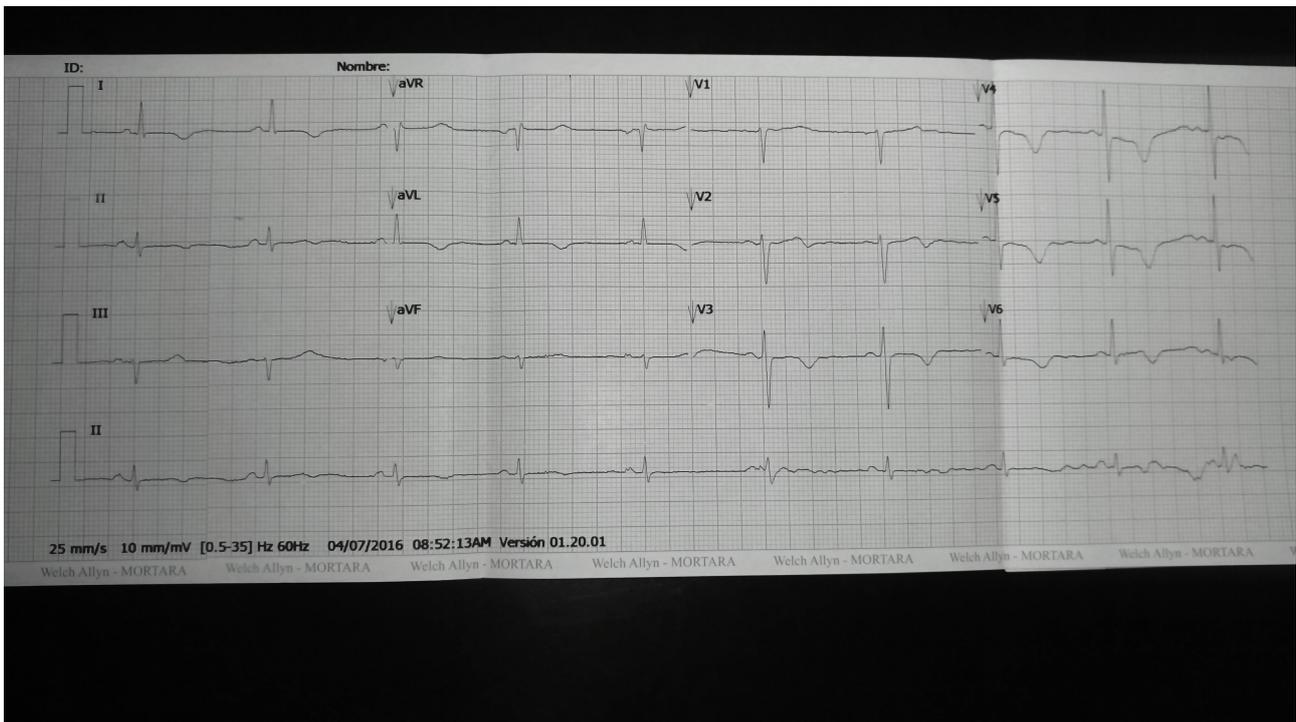
Paciente femenina de 54 años con dolor precordial intenso que se irradió a cuello y brazo izquierdo. Antecedentes de HTA, sedentaria y con sobrepeso. Dolor que ha presentado en varias oportunidades.

Se adjunta ECG.

Troponina negativa y coronariografía normal.

¿Que puede decirse del ECG?

Santiago Campbell



OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Santiago.

Muy lindo trazado, en mi opinión es muy frecuente de ver en un paciente HTA.

Las T negativas son características de Sobrecarga del VI.

Los HTA tienen hipertrofia con mayor numero de miocarditos con menor irrigación, traduciendo como si fueran isquémicos.

Espero que sirva el aporte.

Cordial saludos

Fortunato García Vásquez

Estimado Santiago:

Creo que en este ECG hay que realizar diagnósticos diferenciales:

Presenta ritmo sinusal, agrandamiento de aurícula izquierda con eje de la onda R en el plano frontal de alrededor de -15° y rotación antihoraria, con una pequeña onda s en DI, rectificación del segmento ST, ondas T negativas en cara anterolateral que tienden a ser simétricas y QTc de 480 mseg. Indudablemente muestra HVI

Diagnósticos diferenciales que tendría que evaluar con una paciente con coronarias normales:

- MH apical y/o músculo papilar. Para esto no me gusta la onda s de DI y la simetría de las ondas T. Le tendría que agregar áreas de fibrosis de la punta.

- Takotsubo: lo tendría que relacionar con la clínica que desconozco (las características del dolor)

- Modulación de la onda T: que los dolores no sean desencadenados por taquiarritmias que produzcan modulación de la onda T (el complejo QRS se debería dirigir hacia aVR)

Afectuosamente

Isabel Konopka

Estimado Santiago. Por la FC impresionada medicada con BB el PR corto las ondas T negativas con infradesnivel del ST comparto con Isabel los diagnósticos diferenciales:

1. Mujer de esa edad con coronarias normales descartar Takotsubo

2. Miocardiopatía hipertrófica

Revisar en la CCG la presencia de puentes miocárdicos que pueden estar asociados con episodios de angor y además con Takotsubo.

¿Le realizaron Ventriculograma izquierdo?

¿El eco que informó?

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

HVI... se ve también en aneurismas del VI

Ricardo Omar Paz Martín

Tiene 4 ecocardiogramas, no tengo imágenes, sólo informes, todos normales excepto uno con alteraciones segmentarias de las contracciones de VI.

Coronariografía y ventriculograma normales.

Ergometrias normales, eco estrés con dobutamina sin alteraciones.

¿Qué podemos decir de la onda t positiva en aVR?

Gracias

Santiago Campbell

Buen día!

Coincidió con el Dr. García Vásquez.

Además tiene QTc prolongado.

La estudiaría con ergometría y ecocardiograma, descartar Tako Tsubo y miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía alcohólica, tromboembolismo crónico recidivante, alteraciones hidroelectrolíticas, Chagas (si hay epidemiología), modulación electrotónica, hipotiroidismo.

Me quedo con tako tsubo, no se sabe la ventana entre el dolor (síntomas de estrés psíquico o físico) el registro del ECG y la cinecoronariografía.
Las ondas T (-) podrían persistir aún después de la discinesia apical que podría haberse detectado por Eco o cinecoronariografía.
En éste caso el seguimiento con Holter y ECG podría mostrar reversión de T (-) a (+).

Por último una RMN podría aportar al diagnóstico diferencial.
Santiago, si toda la repolarización está alterada, aVR no es excepción.

Juan Carlos Manzardo

Las T negativas parecen con fase descendente más lenta y ascendente algo más rápida y que abarcan gran área, como hipertrofia concéntrica.

Roberto González

Estimado Santiago

Cuando no existen trastornos de conducción en el ECG, el bucle de onda T tanto en corazones normales como en una cardiopatía isquémica se encuentra dentro del asa del complejo QRS.

Si tengo un ángulo obtuso entre el eje de la onda R y el eje de la onda T, como en el presente caso, tengo que pensar que se trata de una hipertrofia ventricular o existe otra razón ajena como una modulación de onda T que me lo desvía.

Si se suman una cardiopatía isquémica coronaria o no coronaria e hipertrofia ventricular también puede observarse un ángulo abierto.

Ahora quisiera que me expliques:

1- La clínica de la paciente. ¿Desde cuándo presentaba precordialgia, cuántos episodios presentó antes de su internación, con qué se relacionaba, duración de los episodios, con qué cedían, su evolución a lo largo del tiempo, síntomas concomitantes. Presentó sintomatología durante su internación o en la PEG o el eco estrés? ¿Estos estudios se realizaron con o sin medicación?

2- ¿qué tipo de alteraciones de la motilidad encontraron en el ecocardiograma que mencionas?

3- ¿Cuáles eran los espesores de la punta del VI y qué magnitud tenían los músculos papilares (generalmente cuando no lo buscan no lo miden)

4- ¿Cómo hizo esta paciente hipertensa y obesa para mantener la masa del VI normal?

5- ¿Se observaron cambios en los ECGs durante su internación?

6- ¿Cuáles son para Uds las causas del dolor precordial y las alteraciones del ECG?

Por otra parte le realizaría un estudio Holter de 24 hs y una cine-RM cardíaca con realce tardío con gadolinio.

Afectuosamente

Isabel Konopka

RM cardíaca para descartar miocarditis. Es lo que falta para los diagnósticos expuestos.
Saludos.

Oscar Pellizzón

Saludos.

He seguido con atención los comentarios de los expertos del grupo y me generan algunas dudas que expongo:

1.- ¿Se puede hablar de Miocardiopatía de Takotsubo sin alteraciones estructurales en el Ecocardiograma y en la ventriculografía y además con Troponina negativa?

2.- La Paciente tuvo un dolor torácico del que sólo sabemos que tuvo una irradiación sugestiva de origen coronario pero no sabemos si tiene otras características que también lo sugieran. Al ver el ECG y conocer sus factores de riesgo se puede ir uno por un tubo directo a angina pero podrían haber otros orígenes no cardiacos a pesar del ECG y antecedentes que creo deben colocarse en los diagnósticos diferenciales (Discopatía Cervical por ejemplo) dados los resultados de los estudios no invasivos e invasivos ya expuestos.

3.- Aunque posiblemente no aplique en este caso clínico quiero aportar un diagnóstico que no debemos dejar de lado especialmente en mujeres con dolor torácico y con sospecha de origen coronario que es la Disección Coronaria que según he leído (lamentablemente no soy tan organizado para tener las referencias a mano y compartirlas) podría no ser tan fácil verla en las coronariografías. Esto último lo traigo a colación en el caso de mujeres con infartos y coronarias angiográficamente normales.

Gracias Dr. Santiago por compartir su caso.

Un abrazo.

Leonardo Ramírez Zambrano

Gracias a todos por sus valiosos comentarios.
Doctora Isabel con respecto a sus interrogantes:

1. El dolor descrito, pero de menor intensidad, lo viene presentando desde hace seis años pero en los últimos siete meses se ha hecho más frecuente, con duración aproximada de 15 minutos, en ocasiones relacionado con el ejercicio y generalmente diurno. Por este motivo ha consultado en varias ocasiones a diferentes especialidades. Entre los estudios practicados se encuentran varios electrocardiogramas, tres pruebas de esfuerzo convencionales, tres ecocardiogramas transtorácicos, dos Holter de ritmo de 24 horas, cuatro radiografías de tórax y diversos estudios de laboratorios sin mostrar alteraciones, excepto un c-HDL promedio de 35mg/dl, c-LDL de 165mg/dl y un ecocardiograma practicado hace un año en el cual informaron alteraciones en la motilidad segmentaria del ventrículo izquierdo, que fueron reversibles al ceder el dolor. Igualmente tiene endoscopia de vías digestivas altas, tomografía de tórax simple, ecografía de abdomen superior, radiografía de esófago baritado, pH-metría, impedanciometría y manometría esofágica sin hallazgos anormales y hospitalizaciones en cuatro oportunidades por la misma causa.

Le han practicado además ecocardiograma de estrés con ejercicio y dobutamina, estudios de perfusión miocárdica en reposo-esfuerzo con iguales resultados. Hace dos años y después de un episodio de dolor le practicaron una angiografía coronaria que no mostró lesiones significativas, se le propuso nueva coronariografía con pruebas para provocar espasmo que no se llegó a practicar. Esta senda recorrida ha generado gran preocupación y se consideró a la ansiedad como causa. En definitiva tiene dos coronariografías sin lesiones obstructivas.

2. Desafortunadamente solo tengo lo informado anteriormente. Puedo comunicarme con la paciente para ver si obtengo mayores datos de sus informes.

3. No tengo esos datos en el momento.

4. El eco TT en el cual informan las alteraciones segmentarias del VI nos informan además hipertrofia concéntrica de dicho ventrículo, los otros ecocardios no lo informan,

hay que recordar que estos estudios no son recientes. Las alteraciones segmentarias se documentaron en un episodio de dolor. Los ECG actuales son normales.

5. Los cambios del ECG fueron durante su internación, estos se normalizaron posteriormente.

6. No sé si estamos en lo cierto o no pero pensamos en una angina microvascular.

Creemos que la disfuncionalidad de la microcirculación coronaria esté expresándose clínicamente por el dolor torácico similar a la angina producida por lesiones obstructivas. Demostrar esta alteración no es sencilla y de manera especial documentar las alteraciones en la velocidad de reserva del flujo coronario. Los métodos para documentarla (invasivos y no invasivos) no están disponibles en la mayoría de los centros cardiológicos.

Consideramos que es portadora de una probable angina microvascular de tipo 1, de acuerdo con los recientes criterios de Estandarización Internacional para el Diagnóstico de Angina Microvascular.

1. P. Ong, P.G. Camici, J.C. Kasky, C. Filipo, J.F. Beltrame, H. Shimokawa, et al. **International standardization of diagnostic criteria for microvascular angina** Int J Cardiol., 250 (2018), pp.16-20 <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.08.068>

En el momento con el tratamiento (bisoprolol, losartán, hidroclorotiazida, ácido acetilsalicílico, rosuvastatina, trimetazidina) la paciente no ha vuelto a presentar episodios de dolor.

Interrogantes. ¿por qué las pruebas para inducir isquemia no fueron demostrativas como suele suceder, teniendo una clínica, electrocardiograma y un informe ecocardiográfico sugestivo?. No tenemos una explicación, y difiere de lo publicado, en que las pruebas de esfuerzo o inducidas por estrés generalmente muestran alteraciones, contrario a este caso. ¿Por qué?

¿qué implicaciones tiene un QTc prolongado en casos de angina microvascular?

¿existe una definición estandarizada de angina microvascular?

Muchas gracias por sus aportes que nos ayudan en el bienestar de nuestros pacientes. Perdonen lo extenso.

Santiago Campbell

Altamente sospechoso de cardiopatía hipertensiva vs MCH ...

Avr: la Onda T se observa positiva por eso mi segunda sugerencia-insistencia en MCH

Lázaro Hernández

Jefe Electrofisiología Hospital Central Militar Ciudad de México

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482009000200012

Les comparto un Link que me pareció interesante con respecto a este tema planteado

Juan Carlos Manzardo

Este caso de Santiago presenta características fuertes de Ap-HCM yo comparé el trazado del colega con un caso de la cardiomiopatía Japonesa. Puede ser una forma frustra o leve de esta cardiomiopatía.

En estos casos el eco erradamente suele tener diagnóstico normal. Mas la resonancia es definitiva

Andrés R. Pérez Riera

Analicen la comparación con el caso de Santiago (Ver caso que será presentado mañana) http://cardiolatina.com/?post_type=casos&p=7077&preview=true

Gracias doctor Andrés, excelente caso ilustrativo, procederemos a la cardioresonancia.

Santiago Campbell

Estimado Santiago:

Muy interesante tu caso.

Recién terminé mi guardia por eso no pude escribirte ayer, porque tuve mucho trabajo.

Esta paciente indudablemente si se asocia dolor y alteraciones de la contractilidad se deben a una isquemia miocárdica.

Como vos bien mencionas no se puede hablar de isquemia microvascular sin descartar el espasmo coronario y para realizar el primer diagnóstico generalmente no contamos con los medios necesarios.

¿Tendrás ECG intradolor o principalmente ese que se observan los trastornos segmentarios?

Supongo que si normalizó el trazado está asintomática, ¿qué tratamiento le administraron? y por último ¿podrás subir un ECG posterior en el cual se normalizaron las ondas T.?

Otra aclaración sobre tu caso. Nosotros hemos seguido muchos casos de MH apical con ondas T lábiles como estadio temprano que algunos evolucionaron a un ECG típico o quedaron siempre así; por momento y sin relación con la frecuencia las ondas T eran negativas y/o positivas negativas y en otros eran positivas en la cara anterolateral. En estos pacientes jamás se asociaron a alteraciones de la contractilidad transitoria del VI. Las hipoquinesias, aquinesias o disquinesias se observaron a posteriori por micronecrosis o infarto de toda la punta del VI que no fueron reversibles. Todos presentaron coronarias normales.

Muchas gracias.

Afectuosamente

Isabel Konopka
