

Paciente de 37 años con dolor precordial típico – 2010

Dra. Marilina Ortega

Estimados Colegas:

Les envío este caso de un paciente de 37 años que consulta por haber tenido dolor precordial típico unos días atrás que cedió con reposo, y lo envío para control de ECG, que es cuando lo recibo.

Antecedentes Personales: solo refiere HTA medicado con enalapril 10 mg día

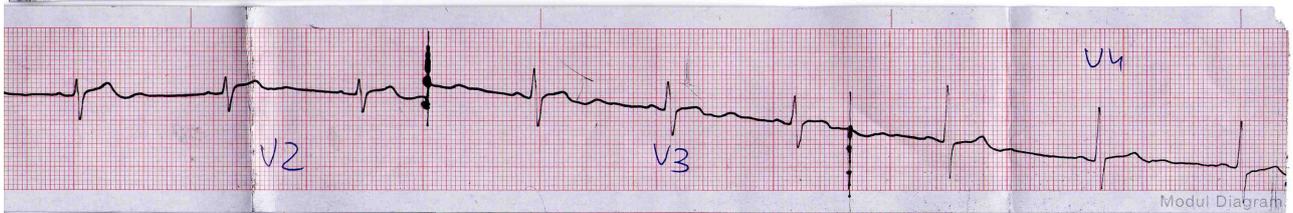
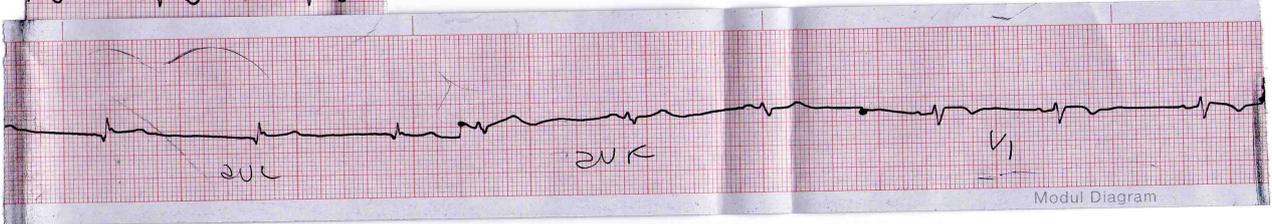
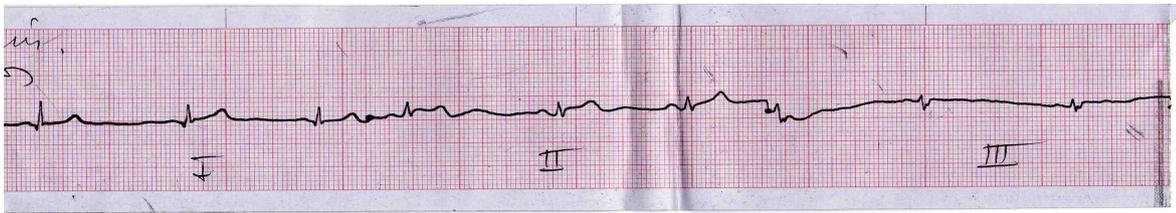
Examen Físico: asintomático, normal pero en el ECG tiene alteración de repolarización septal que interpreto como isquemia subepicárdica ECG 1; me refiere que hace 3 años le ocurrió lo mismo y lo estudiaron por la misma razón y todo le dio normal.

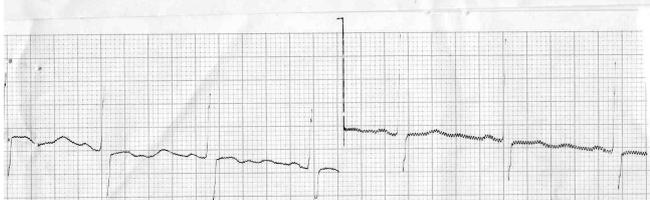
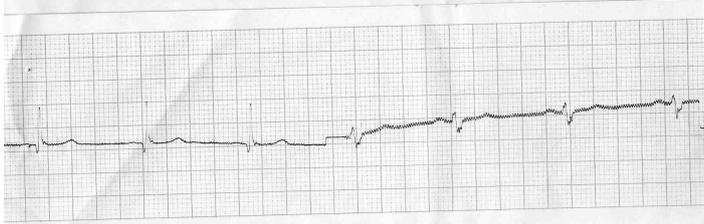
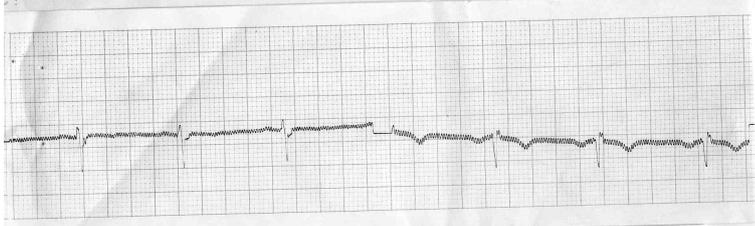
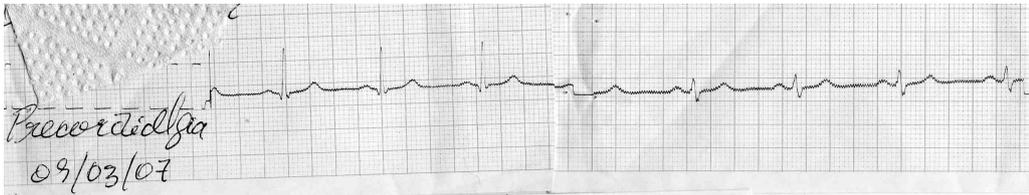
Les adjunto ECG del 2005 (normal), ECG 2007 con alteraciones y el 2010 también envío cámara gamma del 2007 y eco2d de 2010

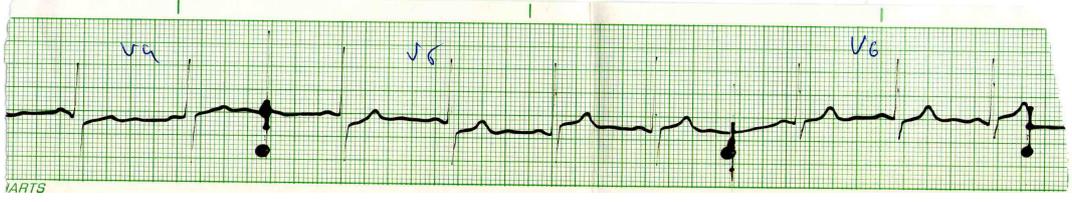
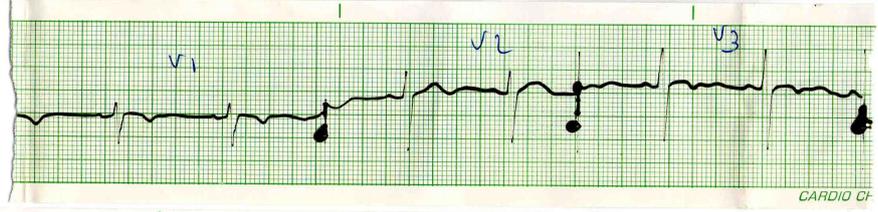
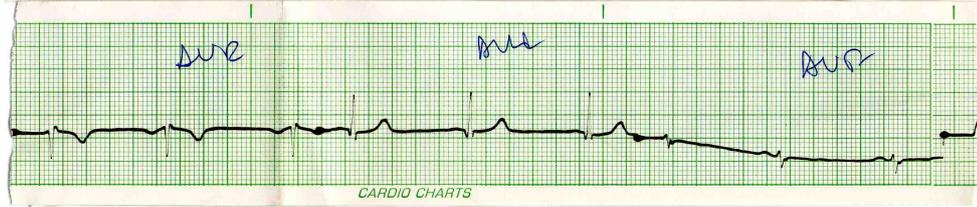
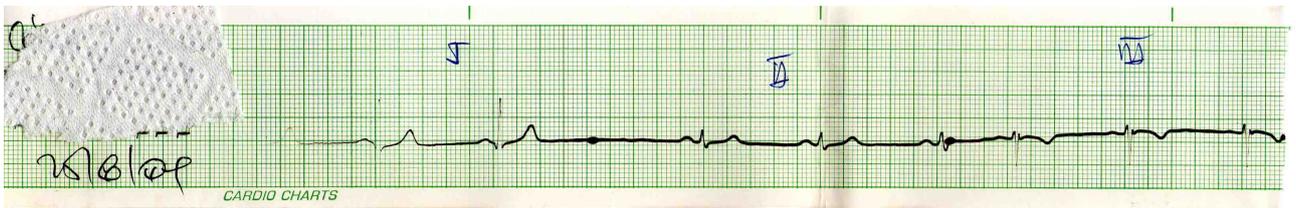
La ergometría que le solicito refiere que llega a FC sub máxima 160 lat y TA 160 /90, es una prueba suficiente sin arritmias ni bloqueos ni alteración del STT ... pero refiere que el trastorno de repolarización septal se normaliza o sea que la onda T se positiviza a los 300 kgm y se mantiene en el reposo luego de los 3 min.

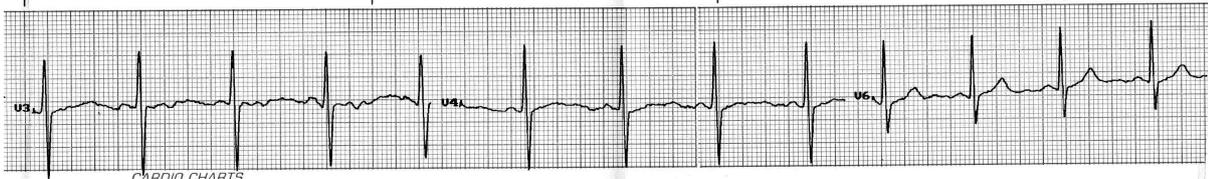
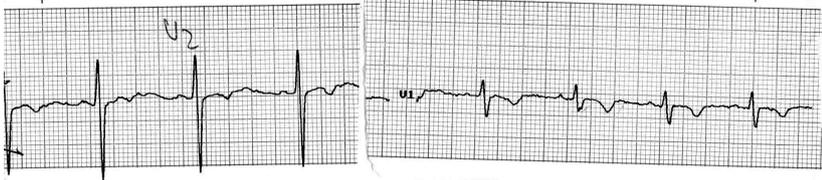
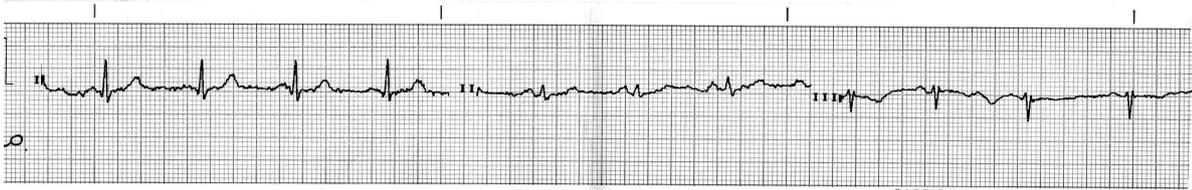
Espero sus opiniones ..gracias

Dra. Marilina Ortega

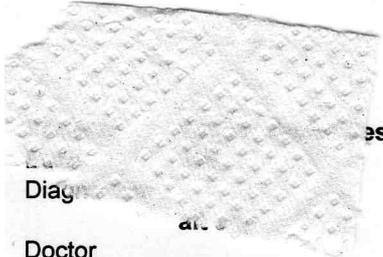








**CENTRO CARDIOLÓGICO SAN FRANCISCO DE ASIS
ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL DOPPLER COLOR**



esar

Fecha **27/04/2010**

Diag

Doctor

Ortega

Ddvd	19	>22mm	Ppd	7	7-12 mm
Ddvi	54	30-55mm	Pps	14	variable
Dsvi	34	variable	ExcurPP	8	5-12 mm
Fa	38	>25%	EngrosPP	conservado	>35
Feyvi	70	>50%	DE mitral	20	>15mm
Sep D	10	5-13mm	EF mitral	conservado	>70mm/s
Sep S	14	variable	movim mitral	conservado	
excur	9	5-10mm	Dd raiz aorta	34	20-40 mm
motilidad	normal		Ds aur izque	34	20- 40mm
			Ai/Ao		

HALLAZGOS

DOPPLER	vel max en cm/s	grad max enmmhg
mitral	89	3,16
aorta	93	3,51
pulmonar		
tricuspide		
aorta descen		

CONCLUSIÓN

**válvulas sin alteraciones
función ventricular conservada
motilidad conservada en reposo
sin hipertrofia ni dilatación
doppler sin gradiente patológico**

Dr. ALBERTO ANTONIO RETAMALES
Mat. 2453-CUIT 20.08150667-8
CARDIOLOGIA

DR RETAMALES ALBERTO ANTONIO
CARDIÓLOGO MATRICULA 2453
Lujan Mza

PRUEBA ERGOMETRICA

ESFUERZO

CARGA	TIEMPO	E.C.G	T.A.	F.C	F.E.	SÍNTOMAS
BASAL		----	120/80	60'		----
300		----	130/80	84'		----
600		----	150/80	100'		----
750		----	160/80	104'		----
900		----	170/85	120'		----
1050		----	180/85	130'		----
1300		----	200/85	150'		----

RECUPERACIÓN

TIEMPO	F.C	T.A	E.C.G	SÍNTOMAS
1'	----	----	----	----
3'	----	----	----	----

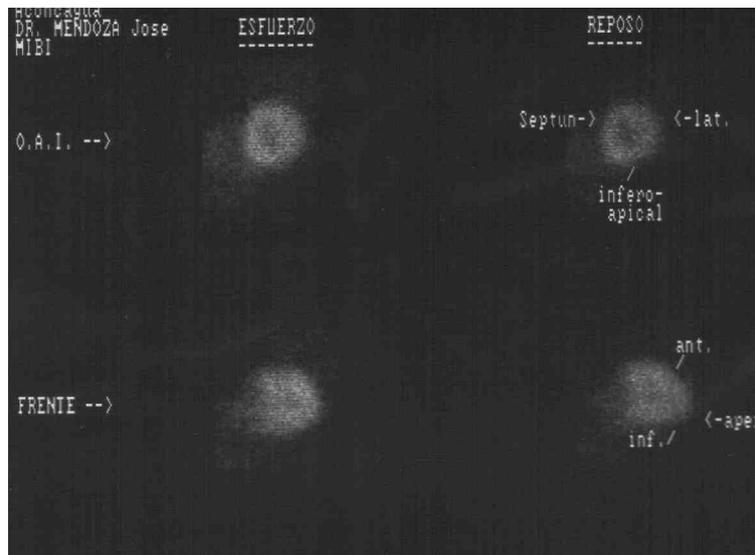
PRUEBA DETENIDA POR: AGOTAMIENTO MUSCULAR.

COMENTARIOS :

- 1) HASTA EL D.P ALCANZADO EL PACIENTE NO PRESENTO ANGOR NI ST.
- 2) NORMAL COMPORTAMIENTO TENSIONAL INTRA-ESFUERZO.
- 3) NO PRESENTO ARRITMIA DURANTE EL ESTUDIO.
- 4) EXCELENTE CAPACIDAD FUNCIONAL.

CONCLUSIÓN:

1. PRUEBA NEGATIVA PARA ISQUEMIA MIOCÁRDICA POR ANGOR Y ST.



OPINIONES DE COLEGAS

Estimada Dra Ortega:

¿El paciente no era deportista? no pude observar las imágenes del eco ni ergometría ya que no están en el archivo.

Desde ya un saludo y espero poder acceder a los mismos.

Estimada Dra. Ortega. ahora si pude ver sus ECG. Mil perdones por mi anterior error.

RS 75 por min. PR normal. Desviación del eje a la izquierda y un empastamiento final del QRS que podría corresponder con un bloqueo incompleto de la rama derecha. lo que en primer lugar obliga a descartar Chagas a mi juicio.

Me llama la atención la duración de los complejos QRS de V1 a V3 de 0,10 seg y en V5 y V6 logro medir 0,8 seg.

Los trastornos de la repolarización de V1 a V3 los ECG y en el primer ECG supongo se encontraba medicado con beta bloqueantes.

No observo onda epsilon.

Sino fuera por el eco que refiere 19 de VD, con un VI de 54. Me impresiona el operador no se ha esmerado en medir el VD ni observarlo), HTA y ¿no refiere patrón de lleno diastólico?), ¿aorta suprasigmoidea dilatada? dudo del operador mil disculpas si me equivoco y prejuizo en esto.

Pensaría en displasia del VD como diagnóstico diferencial.

Le mando un cordial saludo

En esta no soy Giordano. Los palos son bienvenidos.

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

A forma incompleta de BRD é raríssima no Chagas. A completa é característica.

Andrés R. Pérez Riera

Estimada Dra. Ortega,
Si el dolor precordial es considerado ANGOR, evaluaría en qué circunstancia ocurre y si está relacionado a situaciones de stress emocional.
Por lo visto no tiene cardiopatía y esto también ocurrió hace 3 años.
En esta circunstancia podría pensarse en vasoespasmo coronario y no dudaría en realizarle test de ergonovina.
Si es positivo tendrás el diagnóstico y si es negativo la evolución es benigna, informándole que cuando tenga dolor hacerse ECG intradolor que es cuando más valor tiene el ECG.
Si el dolor no es típico (de allí un buen interrogatorio para definir bien esto) podría ser a veces cuestión de mapeo o también por disautonomía.
No veo que tenga displasia VD.
Veremos que opinan los expertos.

Saludos.

Oscar Pellizzón.

Prezado Oscar:

A colega ha referido que a dor precordial típica cedeu com o repouso, conseqüentemente faço a inferência que trata-se de uma dor típica tipo angor de forço e no uma angina de Prinzmetal, a qualé uma síndrome caracterizada por episódios de dor tipo isquêmica que ocorrem no repouso.

Discordo da interpretação que a colega fizera. Não me imprionamas T invertidas como sendo de isquemia septal subepicárdica uma vez que são assimétricas com a porção inicial lenta e a final mais rápida como o normal. ECG não revela sinais de SVE e o TE mostra prsão normal. Vejo uma onda U relativamente grande em V3 que pode ser observada em bradicárdicos (como nte traçado. (Quando a FC é ≤ 65 bpm a U observa-se em 90% dos casos) e em hipertensos. Infelizmente não faz comentários de outros eventuais fatorde risco além da hipertensão como **dislipidemia, diabetes, hipotiroidismo, vícios de fumo ou outros**.

No prente caso a hipertensão parece ser de pouca severidade uma vez quetá amente controlada com dose tímidas (10mg/dia) de enalapril sem diurético. Como o paciente é muito jovem apenas 37 anos, com HAS leve e se não tivese outros fator de risco como parece ser mas raramente iria ter uma angina sintomática de forço coma idade.

As mudanças na polariade da T podem ocorrer por inumeros motivos fisiológicos e patológicos. Esta onda é extremamente sensível a câmbios de toda ordem

Finalmente existe o chamado "**Cardiac Syndrome X**", o qual dcreve dor precordial tipo angor pectoris em psoas sem obstrução das grandartérias coronárias no cateterismo apar quetas mostram-se de diâmetro menor. Esta síndrome parece ser multifactorial mas sempre atribuída a disfunção micorvascular isto é, acometimento de pequenos vasos tipo arteriolas e capilar que a angiografia não possui capacidade de detecção. A síndrome X tem uma grande predominância no gênero feminino talvez por um fator hormonalrogénico. Est hormônios afetam o endotelio dos vasos e do músculo liso e podem piorar na coexistência de co-morbidadtais como HAS, hipercolterolemia,diabete habito de fumo. A entidade não ocasiona infarto.

Andrés R. Pérez Riera

Estimados Maestros: lo planteé como diagnóstico diferencial. Por lo claramente referido por el Maestro Pérez Riera no tiene criterios de vasoespasmo coronario, ni antecedentes que pueden hacer pensar en esta (femenina, fenómeno de Raynaud, migraña. etc). Si el dolor ANGOR como refirió la Dra, pensaría en puente muscular antes que vasoespasmo si interpretara que es de origen coronario la sintomatología.

Me llama la atención que los síntomas sean esporádicos y hace ya tres años los padece, si fuera coronario sin adecuada prevención ya habría de esperar progresión de coronariopatía, y no presenta isquemia en los estudios referidos por lo que pensando en

el hábito del paciente (me impresiona el ECG de un paciente con sobrepeso, esto es una especulación simplemente), en el 15% de los pacientes con dolor precordial no son de origen coronario, y relacionándolo con lo expresado por el Maestro Pérez Riera, estudiar paralelamente otros orígenes del mismo. Hernia hiatal, reflujo gastroesofágico que perfectamente pueden dar sintomatología similar.

La Dra. no refirió los cambios del ECG concomitantes con los episodios.

Tal vez el sea simplemente un espasmo esofágico asociado a otras entidades, los tres diagnósticos planteados son cardiológicamente apasionantes, antes de embarcarme en estudios complejos cardiológicos yo descartaría lo que menciono.

Yo también aguardo la opinión de los especialistas, que espero retornen de Denver con nuevas ideas y ánimos renovados.

Un saludo a todos.

Martin Ibarrola

Andrés, estoy de acuerdo con tus apreciaciones, aunque un pequeño porcentaje de Prinzmetal puede ocurrir con el esfuerzo.

El síndrome X es otra entidad y como vos decís es mucho más frecuente en mujeres.

Estoy casi seguro que si le hacemos una CCG a este paciente sus arterias coronarias son angiográficamente normales y si la colega cree que la clínica es de isquemia le haría test de ergonovina para sacarme las dudas de que el vasoespasmo no existe.

Yo creo que el vasoespasmo es subdiagnosticado.

Oscar Pellizzón
