

Mujer de 64 años asintomática con “ECG feo”

Dr. Fernando Malpica Cervantes

Estimados amigos,

Les quiero pedir opinión para resolver esta controversia entre el “**cardiólogo A**” y el “**cardiólogo B**” (yo vendría a ser el **cardiólogo C**) porque han recurrido a mí para resolver este conflicto y yo, porque no, recurro a ustedes.

Paciente femenina de 64 años, con antecedentes de HTA, exTBQ, refiere que desde hace muchos años tiene un “ECG feo” se lo han dicho muchas veces pero nunca se estudio porque se mantenía asintomática. El año 2018 debido a consultar por dolor precordial (no tengo los detalles del caso) se le termina haciendo una CCG: presentando lesión severa de DA (único vaso) y se le hace una ATC a DA con 1 stent, luego se mantiene asintomática.

En 2019 debe operarse de la rodilla y al hacer el prequirurgico le ven ese “ECG feo” y no autorizan la cirugía hasta que la vea cardiología. Es allí donde consulta primero al cardiólogo A y luego al B obteniendo 2 diagnósticos distintos.

Les envió 2 ECGs y todos los detalles del caso, no me queda nada sin informarles

Les presento los argumentos por separado...

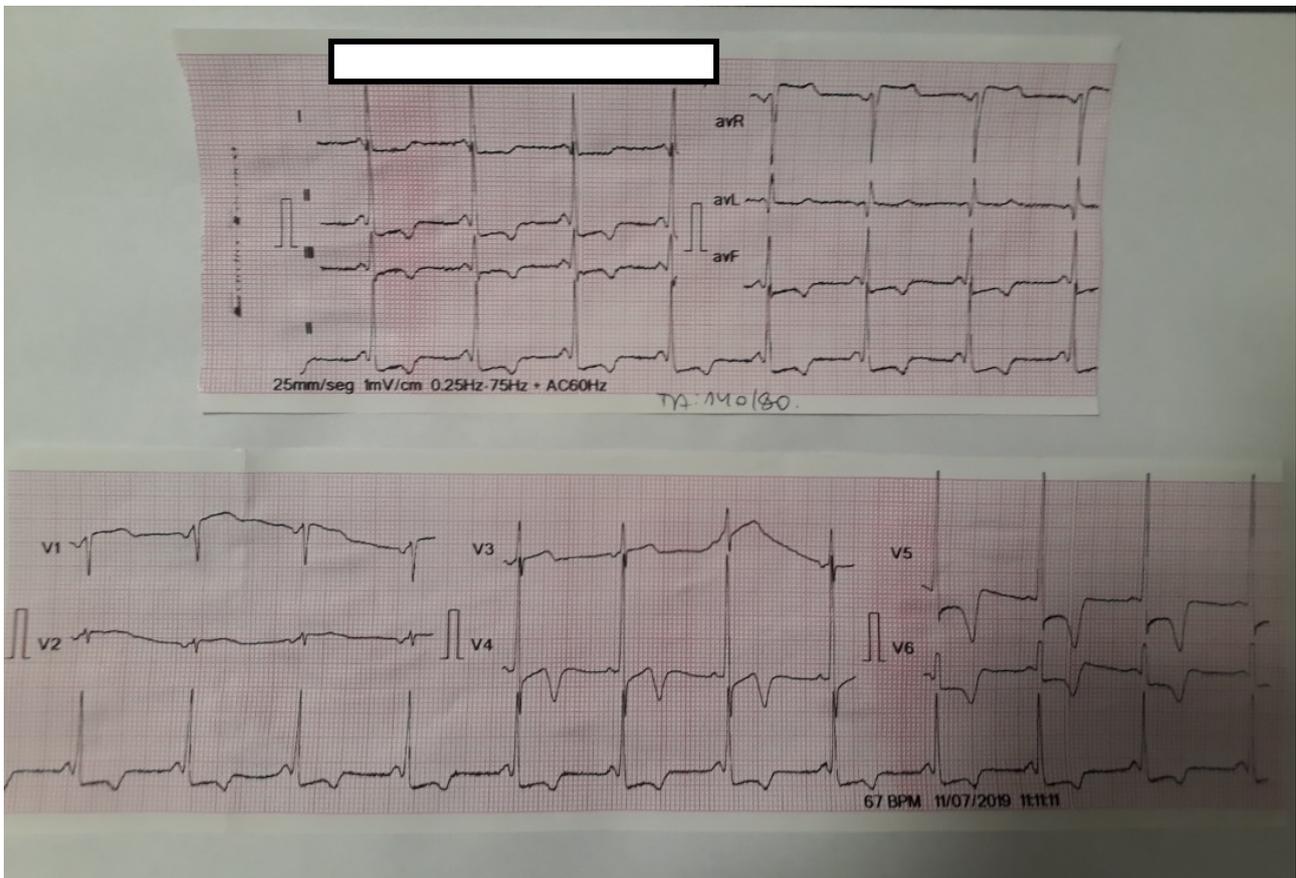
1. Cardiólogo A: dice que es una **MCPH**, para corroborarlo pide un ecodoppler: tiene cavidades, espesores, diámetros y función normales. Luego pide una RM cardiaca donde informa que la región apical mide como maximo 13mm (resto de segmentos normales) pero con tenue realce apical y el médico informante (¿influenciado?) coloca MCPH variante apical.

2. Cardiólogo B: dice que es un **WPW**, la paciente relata palpitaciones de larga data, pero poco frecuentes, ninguna taquicardia registrada. Pide un Holter: informa PR corto permanente, con escasas ESV, sin EV, sin arritmias

Bien estos son los datos, además de las opiniones que tengan, les pregunto lo siguiente:

1. ¿es una MCPH o es un WPW?
2. ¿piensan que se puede hacer diagnóstico solo viendo el ECG o necesitan estudios?

Que tengan buena semana,



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Fernando.

Electrocardiograficamente presenta todas las características de una MCH apical y no creo el profesional que realizó la RNM se influencie por el pedido para dar su informe. Debe tener además hipertrofia del músculo papilar.

Presenta un PR corto pero el empastamiento inicial no impresiona ser una onda delta sino el retraso por la HVI.

¿No padece HTA?

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Buenas noches!

Pienso lo mismo que Martín, y tiene antecedentes de tabaquismo e hipertensión arterial.

No tiene patente de WPW

ECG compatible con MCH

Juan Carlos Manzardo

Estimado colega. No es infrecuente diferentes opiniones de colegas ante un ECG "feo"

Mi opinión.

1. PR corto por conducción NAV acelerada.
2. El trastorno en la repolarización es posible que sea una MCPH que no es importante en este momento. En el sgto + HTA puede progresar.
3. No presenta preexcitación ventricular.
4. Agregaría una hipótesis más a las planteadas. Un efecto memoria por BCRI intermitente. Al presentar conducción NAV acelerada y taquicardizarse encuentra en PR a la RI que desaparece al disminuir la FC. Realizaría esas maniobras.
5. Operar sin riesgo

Saludos.

Oscar Pellizzón

Hello.

1. Apical hypertrophic cardiomyopathy + Lown-Ganong-Levine syndrome
2. Diagnosis: ECG + MRI (CMR)

Regards

Kjell Nikus

Estimados amigos del FIAI -CARDIOLATINA:

Ainda que concorde com as observações próprias de Martin e Manzardo acrescento o seguinte:

1. O Ecocardiograma em MCH principalmente na forma apical é muito operador, ecocardiografia e sonda dependente, com todo o respeito ao colega que realizou.
2. É certamente rara mas existe, sabemos, a associação MCH & WPW.
3. Há diferenças pequenas técnicas entre os 2 Ecgs:
 - A) Ondas P invertidas em V1 e V2, embora HTA, Coronariopatia e MCH possam crescer o Átrio Esquerdo, não há descrição no Ecg ou na RNM, podendo ser por colocação alta dos eletrodos.
 - B) A derivação V2 apresenta clara diferença de padrão entre os 2 Ecgs.
- 4) Repetiria supervisionando cuidadosamente o Ecg, então pensaria em métodos que diferenciam condução AV acelerada e WPW.
- 5) Pediria respeitosamente ao colega que realizou o Ecocardiograma revisão acurada do exame ou solicitaria realização por colega com expertise em MCH.

Agradeço a Fernando o desafiante caso e abraços a todos.

Um bom dia.

Adail Paixao Almeida

Estimado Fernando para mi no es un WPW, puedes hacer un test de adenosina para sacarte la duda.

Pero no es WPW.

Saludos

Fernando Robles

