

Joven de 19 años con dolor cervical y torácico de 12 horas de evolución

Dr. Luis Manuel Álvarez

Buenos días, estimados colegas, es un placer mantener este contacto magistral de expertos en Cardioarritmología, mi nombre es Luis Manuel Álvarez, médico Cardiólogo, graduado en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de La Habana.

Actualmente vivo y trabajo entre Venezuela y Guatemala.

Quería enviarles algunos casos interesantes que han sido polémicas en el Centro Médico donde laboro. Saludos y agradezco esta súper universidad Online.

Presentación de caso:

Paciente joven de 19 años de edad, que hacía 12 horas de evolución presentaba un dolor que comenzó en el cuello, anterior y garganta, que luego se pasó al tórax en la región del precordio, señalando con su mano encima del pecho.

Dolor opresivo, sin relación al esfuerzo, ansiedad, es valorado por un centro médico privado, donde le realizaron un EKG de reposo, diagnosticándose un Infarto cardíaco y se refiere al Hospital.

En el Centro privado le administran Clopidrogel 300 mg + Aspirina 300 mg + Atorvastatina 80 mg + Benoxaparina 40 mg SC.

Estudios realizados.

Hb: 16.6 mg/DL, Hto: 49.1, Leucocitos: 8.710, Plaquetas: 241, TGO: 84 UI/L (8-41), TGP: 56 (10-40), CK TOTAL: 590 (137-167), CK MB: NO REALIZADO, CREATININA: 0.72 MG/DL, GLICEMIA: 76 MG/DL.

EKG envió en fotocopia, anexos.

Clínicamente el paciente, desaparece el dolor espontáneamente, o refiere que de inmediato al ingerir la ASA y el Clopidrogel desaparece el dolor.

Vía telefónica me informan de ese caso, de emergencias y evalué los EKG enviados.

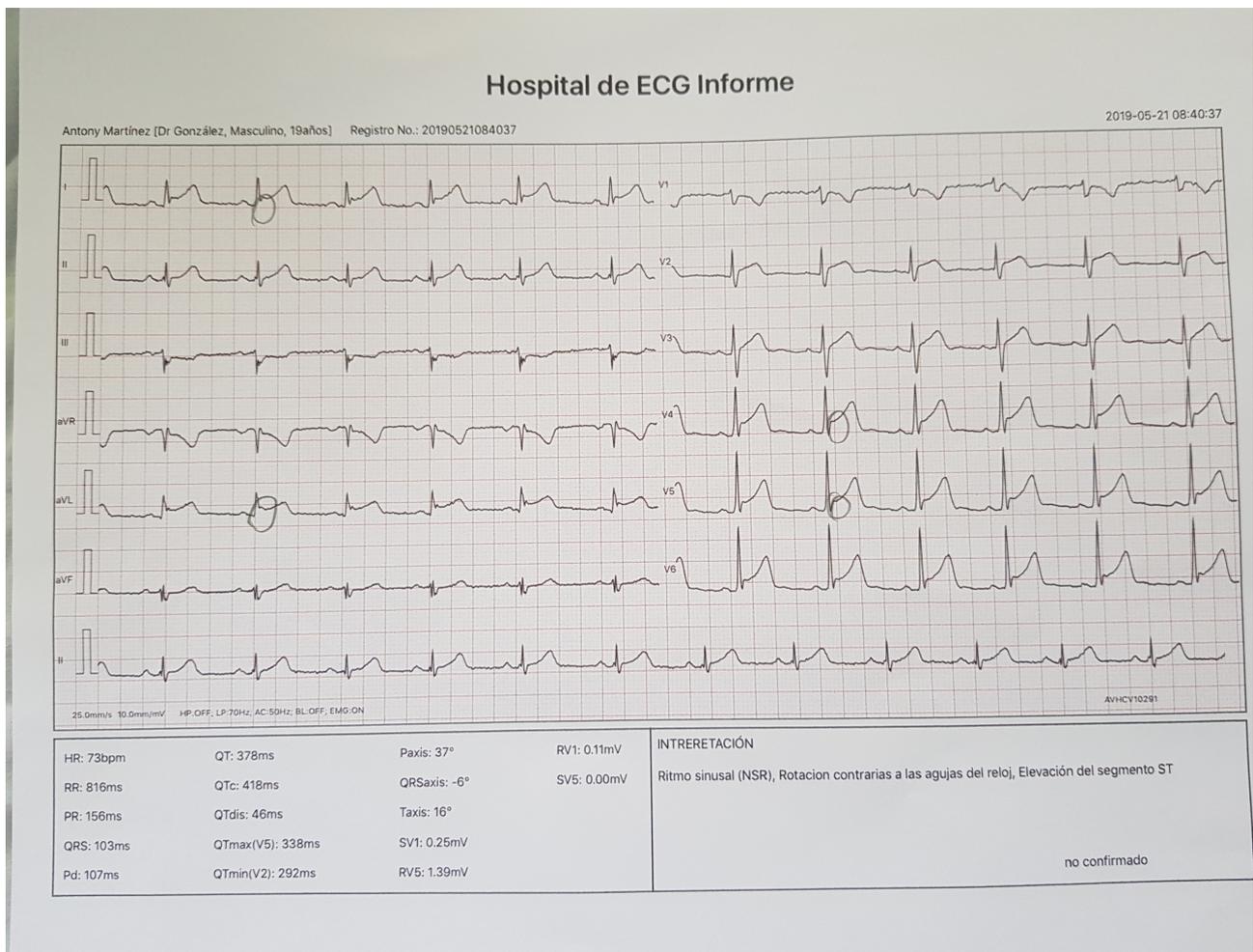
El criterio de los médicos de emergencias y de un Cardiólogo era "TROBOLIZARLO". A lo cual me negué por tener en un patrón de RP tipo 2.

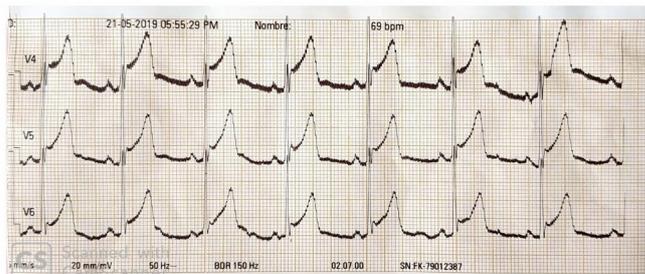
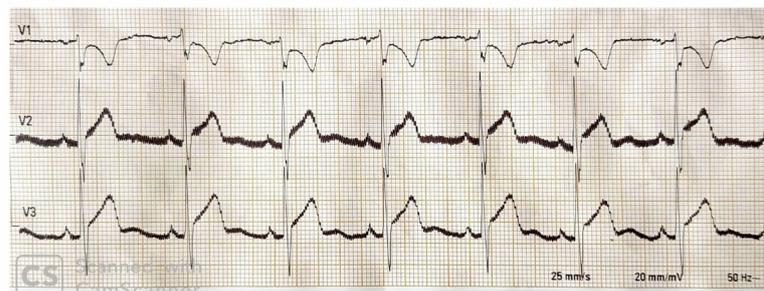
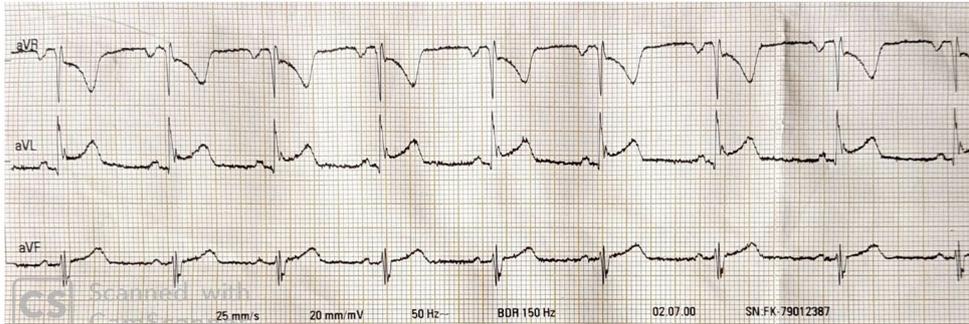
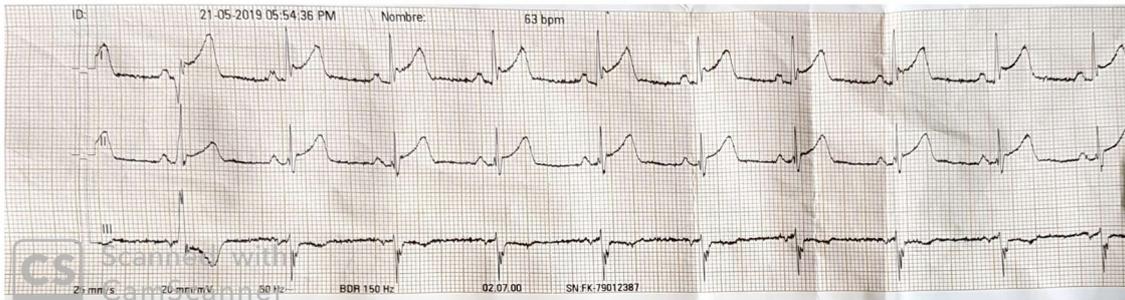
Le indicaron un Holter de arritmias y una Prueba de esfuerzo, pendientes de resultados.

Agradezco sus opiniones, de manejo, estudio y conducta, a realizar en un Centro Médico Regional (Rural) de Guatemala.

Gracias y de antemano, saludos.

Dr. Álvarez,LM





EKG amplificado
a 20 mm (2 mV)

OPINIONES DE COLEGAS

Buenas tardes Dr Alvarez!

Creo como Ud que no es un SCACEST, elevó muy poco transaminasas, no se efectuó CPK-MB ni troponinas.

Diagnóstico diferencial pericarditis, no refiere clínica para ello y no veo signo de Spodick.

El 1° registro tiene filtro muscular y pasa bajo muy bajo, con lo cual se tienden a borrar las ondas de alta frecuencia y no se ven claramente el notch en los QRS.

En 2° trazado además del doble voltaje, se lo registró con filtro muscular apagado y pasa bajo de 150 Hz, así se observan mejor las ondas "j" y el notch en los QRS. Creo como Ud se trata de PRP benigno.

Hay además en el 2° trazado una extrasístole parece auricular/para sinusal con eje del QRS a la derecha y un PR más corto.

En la Prueba de esfuerzo el PRP debería disminuir o desaparecer, incluso las ondas T podrían tornarse negativas, para luego de unos minutos posesfuerzo volver al ECG basal. Creo que su conducta fue la correcta.

Solo un pequeño pero muy importante detalle, para las próximas presentaciones debe borrar/quitar el nombre del paciente de las imágenes.

Esperemos las opiniones de los expertos y maestros.

Un saludo cordial

Juan Carlos Manzardo

Muchas gracias Dr. Manzardo, por su comentario y por falta de experiencia en estas presentaciones vía correos no le omití el nombre. Disculpe, no volverá a pasar. Gracias y esperemos otros comentarios.

Luis Manuel Álvarez

Estimado Luis Manuel,

Coincido con los planteos de repolarización precoz y como diagnóstico diferencial alejado pericarditis.

Ni borracho le haría fibrinolíticos.

Yo le pediría un ecocardiograma. Desconozco si eso es posible en las condiciones asistenciales existentes.

Saludos

Daniel Banina
Montevideo
Uruguay

Queridos amigos:

¡No me peguen!

¡No soy Giordano! ¡Soy Edgardo! <https://www.pagina12.com.ar/diario/contratapa/13-32462-2004-03-10.html>

¡Qué difícil expresar una duda ante las contundentes opiniones de Juanca y Dani y el propio Luis Manuel!

Pero tengo la mía y les cuento cómo razoné ante la presentación del caso.

Si en una de nuestras Sesiones de Imágenes de los sábados con Raimundo en Telegram (que hoy no tendremos porque él y Niobe inician su viaje a Europa del Este y de más no está desearles muy Feliz paseo), él hubiera mostrado los trazados y sólo dicho que se trataba del ECG de un joven de 19 años, muy posiblemente hubiera dicho que se trataba de un patrón de repolarización precoz porque efectivamente la elevación del punto J remeda eso.

Pero hete aquí que se dice del muchacho, que presentó dolor precordial que le obligaba a ponerse la mano en el pecho, que hubo aumento de transaminasas (es cierto, poco aumento) y CPK, si bien no se dosó la más específica CK MB ni troponinas, ¿nadie duda? Si nos encontramos con un ECG donde lo menos que se puede decir es que presenta un síndrome del Punto, J, que hubo dolor precordial y aumento enzimático con las características remarcadas, ¿no se justifica que algún área de nuestro cerebro piense en un SCA?

¿Cómo preferir equivocarse? ¿Qué se nos pase por alto un patrón de RP o un SCA?

Ante tamaña duda, yo hubiera indicado en pleno episodio, un estudio de evocación de isquemia, un estudio de perfusión en esfuerzo y reposo y de carecerse de acceso a estos estudios, tan siguiera una ergometría y un eco en búsqueda de signos indirectos de isquemia.

Recién entonces, con los resultados en la mano, procedería.

Claro, en el ejercicio académico, ¡qué florezcan 100 flores! Otra cosa es al pie de la cama.

Pero no hubiese sido sincero si no expresaba tamaña duda!

¡No me peguen.....!

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Dr Edgardo no se como etiquetar su pensamiento, sabiduría existencial? Es como dar un paso solo sabiendo donde puedes pisar Hay gente extraordinaria en la lógica científica, ud tiene que estar en esa lista, los foristas también Que suerte poder leerlos fácilmente Un abrazo a todos desde un maltrecho lugar planetario

Rafael Morales

Buen día a todos:

Más que interesante este caso! Y qué difícil...

Me llama la atención, en el laboratorio, que tenga lo siguiente (copio):

Hb: 16.6 mg/DL, Hto: 49.1, Leucocitos: 8.710, Plaquetas: 241,

TGO: 84 UI/L (8-41), TGP: 56 (10-40), CK TOTAL: 590 (137-167), CK MB: NO

REALIZADO, CREATININA: 0.72 MG/DL, GLICEMIA: 76 MG/DL.

Por qué tanta hemoglobina y tanto hematocrito a esa edad?

¿Se descartó patología pulmonar? (por ejemplo, neumotórax espontáneo, por ruptura de pequeña bulla ?)

Coincido en que el ECG muestra patrón de repolarización precoz, y como diag. diferencial del trazado pienso en pericarditis o miopericarditis.

Una CK total elevada, ¿luego de haber sido inyectado?? (dice heparina subcutánea....no habrán tocado algo de músculo?) con cifra de glóbulos blancos normales... no cierra para SCA. Tampoco el ST-T, con T asimétrica.

Como ven, solamente tengo preguntas!

Pero no me impresiona como un cuadro coronario.

Y a Edgardo ni se me ocurre pegarle, por supuesto!!

Dr. Mario Heñin
Resistencia, Chaco
Argentina

Hola a todos el patrón de repolarización precoz de derivaciones precordiales izquierda no impresiona SCA. Pero me llama la atención el supradesnivel con punta J elevado en DI y AVL, Coincido con Edgardo en la necesidad de realizar más estudios antes de simplemente referir repolarización precoz habitual

¿Por qué tiene que ser un SCA? Pericarditis puede perfectamente serlo.

Le realizaría ecografía hepática para descartar patología hepática asociada y serología para hepatitis C, ya que la infección de la misma puede además de afectar el hígado, el pericardio. 1

Si esto es negativo descartaría malformación coronaria que involucre a la arteria Circunfleja, en este caso entiendo que una RNM cardiaca, y angiotoromografía de ser accesible aclararían el diagnostico.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

1 .Karras A., Cluzel P., Collet J. P., Sene D., Saadoun D., Cacoub P.. 2013. Presentation and prognosis of cardiac involvement in hepatitis C virus–related vasculitis. Am. J. Cardiol. 111:265–272.

Buen dia colegas

Después de las excelentes opiniones emitidas no creo que haya mucho más que aportar. Pero no deja de ser un caso interesante y generador de dudas si no se es cuidadoso a la hora de tomar una conducta. En mi opinión lo analizaría de la siguiente forma:

1- Es un joven 19 años que por tanto el riesgo de aterosclerosis es muy bajo, pero es más propenso a las anomalías genéticas conectivopatias (Marfan por ejemplo entre otras más,) Infecciones venéreas (sífilis, clamidias, hepatitis, VIH) la probabilidad en esta edad es inversa a la aterosclerosis y todas ellas están involucradas con daños de las arterias y sobre todo aorta. ¿Colagenosis, algún daño vasculítico? Esto es en cuanto a epidemiología

2- Ahora viene los síntomas: es un joven con dolor opresivo que inició en región anterior del cuello y luego irradió al pecho sin relación con esfuerzo y con 12 horas de evolución, ¿No les recuerda cierta semejanza a la disección Aórtica? creo que esto se suma a los demás diagnósticos a tener en cuenta en la discusión diagnóstica

3- La parte del ECG coincido con que no es característico de SCA, pero tengo en cuenta lo explicado por Martín ST DI -AVL ¿Cierta grado de afección pericárdica?

4- La conducta diagnóstica: Comparto lo dicho por los demás, pero me sentiría muy tranquilo después de tener un ECO me permita visualizar bien el cayado aórtico y más preciso es la TAC si se tiene a mano. Las enzimas pueden estar elevadas en todas estas enfermedades tanto las infecciosas como las vasculitis o colágeno pues si no se elevan por el músculo se elevan por afectación hepática y no vería tan casual que haya tenido dolor, alteraciones enzimáticas o sea considero un caso para pensar bien antes de alarmar al paciente o lo contrario verlo como absolutamente sano.

Perdón si he sido extenso o repetitivo en algunas cosas, solo traté de imaginarme atendiendo este caso y que cosas pensaría

Happy weekend y gracias por compartir el caso

José E. Castellanos H.

En este caso lo primero que hay que descartar es miopericarditis, ST elevado en la mayoría de las derivaciones sin signos de remodelación, (ST –T deprimido como se ve en infartos agudos)

La auscultación descarta esta posibilidad. Pero la falta de fiebre y sinus taquicardia más de 100lpm , alejan este diagnostico

Samuel sclarovsky

Saludos y Buenos días para muchos, buenas tardes para otros.

Ciertamente se pudo realizar un ecocardiograma a las 24 horas, después que el paciente salió de "TERAPIA INTENSIVA" y a pesar de luchar para que no lo trombolizaran, le dejaron tratamiento médico con HBPM, ASA y Clopidrogel.

En el ecocardiograma, solo se observó signos de HVI ligera sin disfunción diastólica, es decir con patrón de llenado normal de ambos ventrículos, no signos de alteraciones de la contractilidad regional, ni de pericarditis, como era obvio esperar.

Pasé por alto decir que el paciente mide 1.65 cm de estatura y pesa unos 85 kg, no hay antecedentes de diabetes, ni de dislipidemias, no fumador, no consumo de drogas, solo sobrepeso u obesidad grado I,

Se logró realizar un Holter de arritmias, esperemos su resultado.

Saludos y gracias por sus opiniones.

Luis Manuel Álvarez