

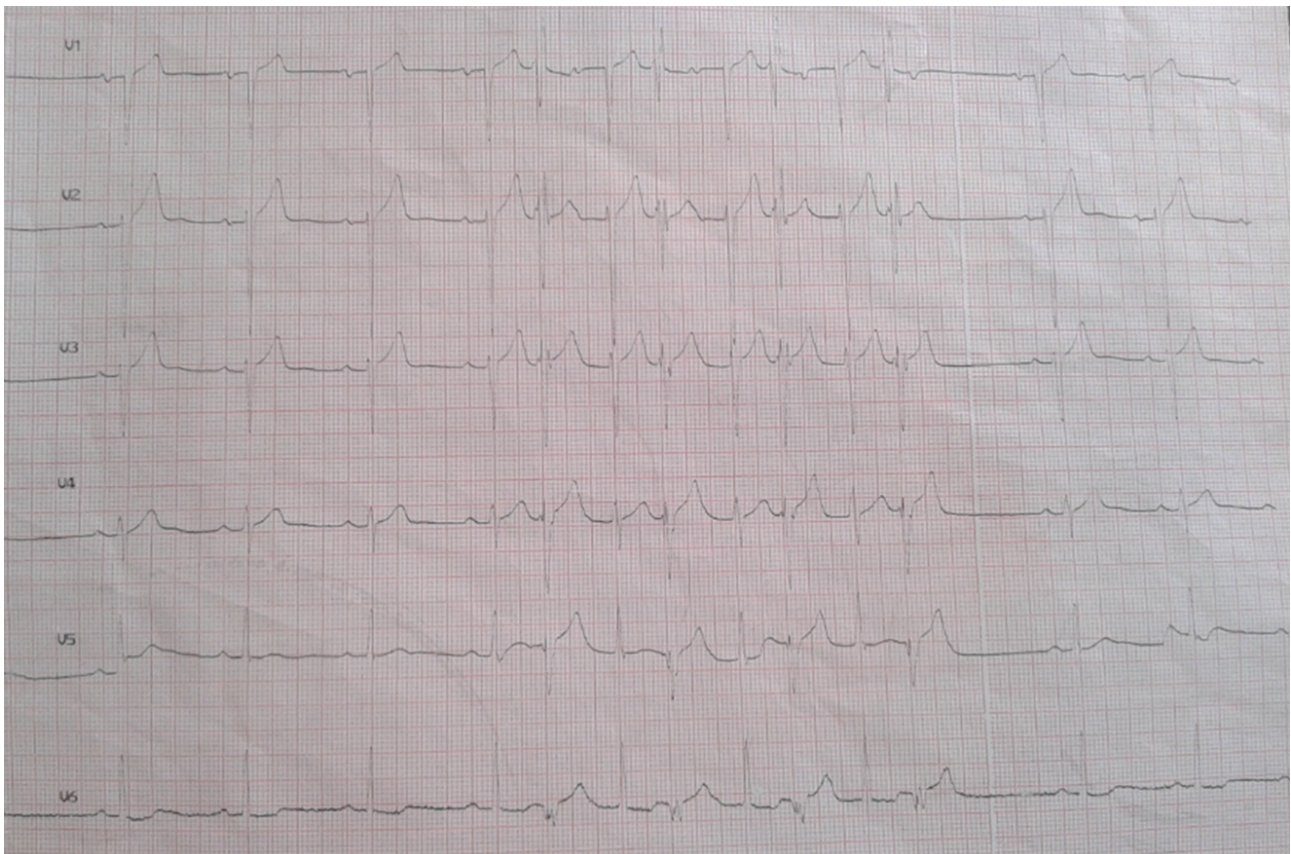
Paciente de 63 años con SCASEST – 2014

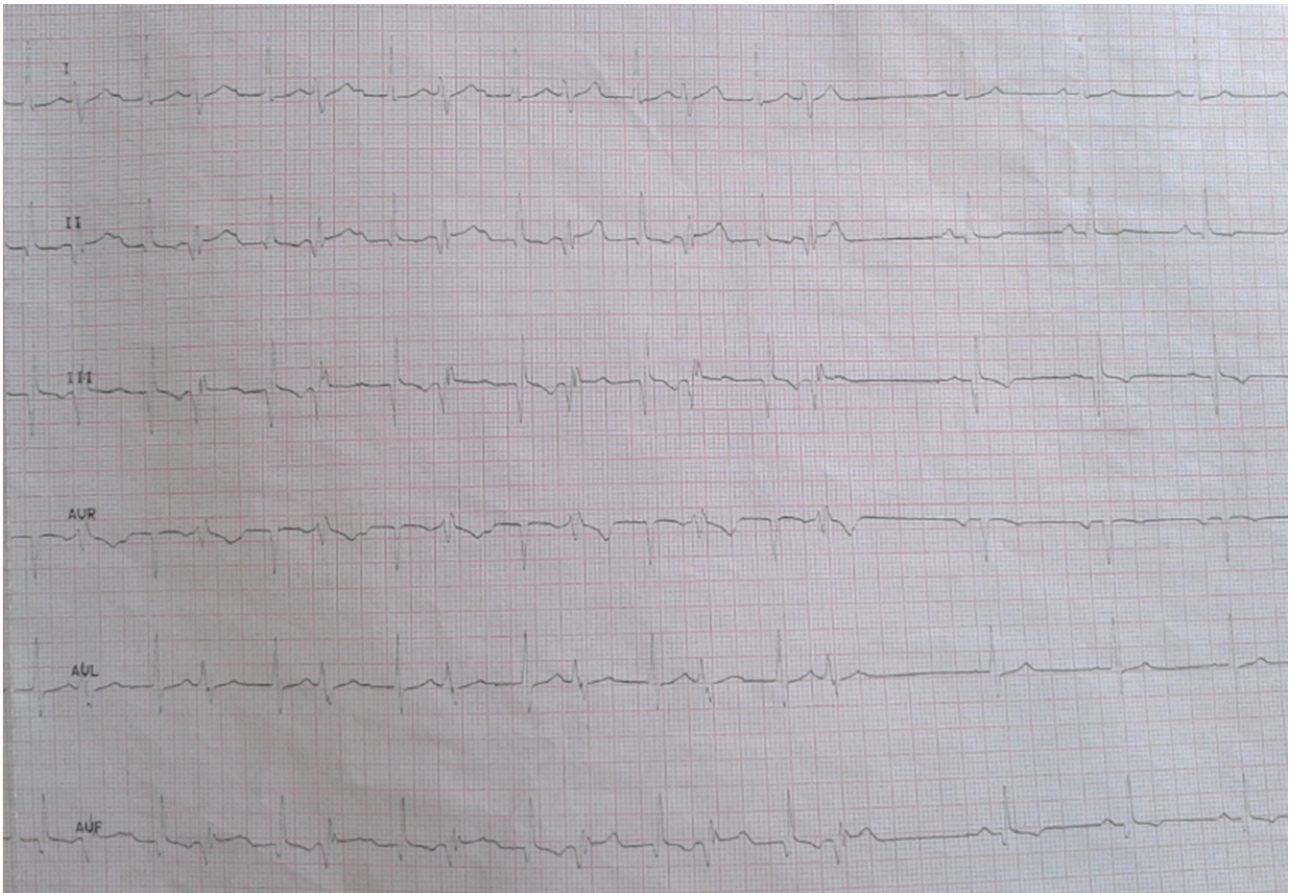
Dr. Agustín Picolini

Paciente de 63 años de edad, HTA - DLP - Ex tabaquista. Internado en UCO por Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Antecedente de Cirugía de revascularización Miocárdica (P Mamario a DA y Safeno a Cx); Angina crónica CF II. Función sistólica del VI levemente deteriorada.

En internación CCG con oclusión del P safeno, angioplastia fallida a Cx. A las 48 hs del ingreso se registra el ECG.

Actualmente en plan de revascularización.





OPINIONES DE COLEGAS

Creo que se trata (me genera muchas dudas) de una bigeminia con imagen de Bloqueo de rama derecha no mayor a 120 mseg. con pausa compensadora, en paciente con sustrato y parece fusionar con una P previa.

Por lo tanto mi diagnóstico es una arritmia ventricular de VI fusionada

Floreal Cueto

Floreal

Yo corro con ventaja porque Picolini me envió el caso a mí primero.

Bienvenido Picolini al FIAI!!!!

Floreal:

1. Describí por favor origen de la extrasístole.

2. Durante la extrasistolia se ve un fenómeno bastante frecuente, pero lindo de describir (comparalo con el ECG basal). ¿Te le animas? Vos hablaste de EV fusionada...te pido que lo mires de nuevo y compares el impacto de la bigeminia sobre la conducción, respecto del ECG basal.

Abrazo.

Dr. Adrián Baranchuk, MD FACC FRCPC

Bien Adrian voy a hacer lo que me estas sugiriendo, que en realidad no lo había hecho

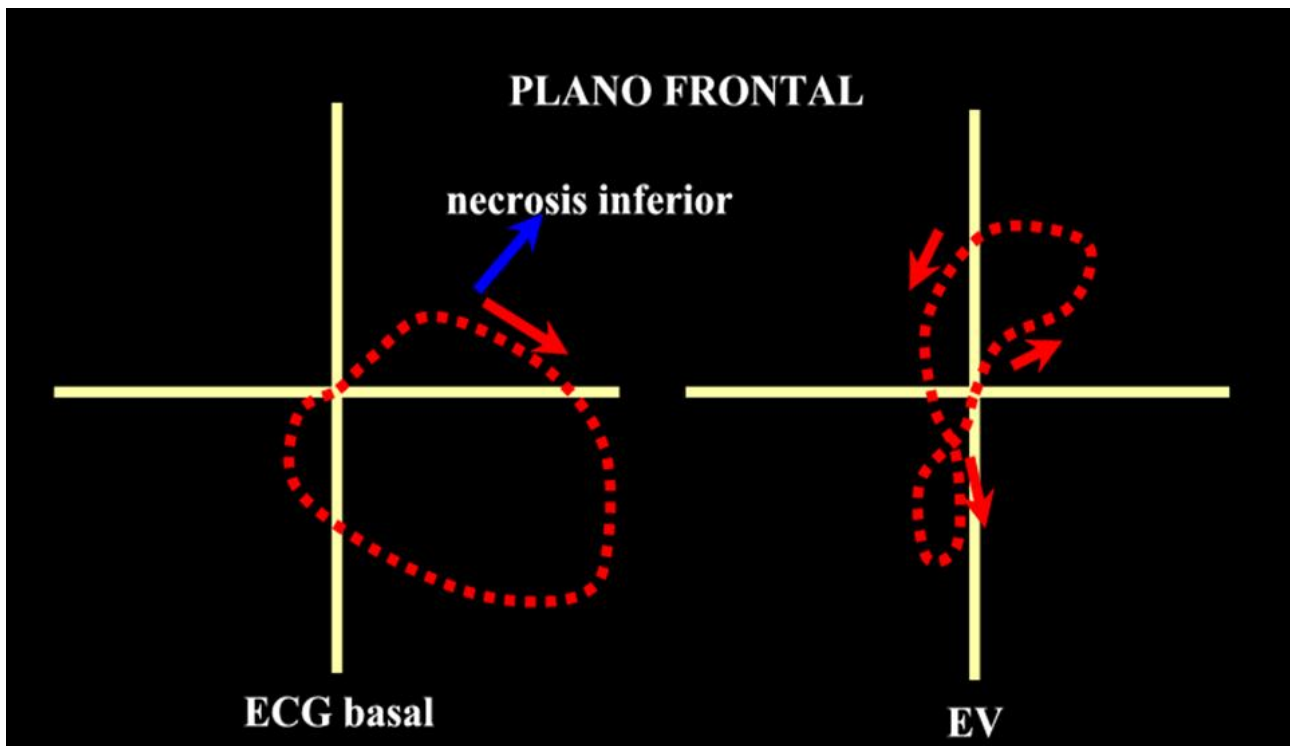
Floreal Cueto

O no me llegan bien los email o no entiendo de que están hablando. Voy a detallar lo que yo veo en este caso: el ECG basal presenta un ritmo sinusal con ausencia de onda Q en DI, un eje eléctrico en el plano frontal en alrededor de los 45°, con rotación horaria. Se observa una necrosis inferior, falta de crecimiento de R de V1 a V4. En la primera parte de la tira electrocardiográfica se visualizan extrasístoles ventriculares interpoladas que penetra en forma retrógrada el sistema de conducción prolongando el intervalo PR del latido postextrasistólico. En las últimas EV el RP se acorta hasta producir un intervalo RP muy corto y, por lo tanto, la onda P se bloquea.

Adjunto un esquema grosero de la despolarización tanto del ritmo normal y de la EV en el plano frontal para su mayor comprensión. En el ritmo ectópico uno observa onda r en aVR que antes no existía, aumento de la onda Q en aVF y DII con disminución de la misma en DIII; la única forma de explicar esto es que el asa tenga probablemente una rotación horaria en sus comienzos por la necrosis inferior y que gire rápidamente en forma antihoraria; lo cual me hablaría de un HBAI con retardos de las fuerzas finales compatibles con BRD. La EV es bastante angosta por lo que la ubicaría cercana al comienzo de la división posteroinferior.

Cordialmente

Julia Pons



Doctores Agustin y Adrian:

Mi interpretación electrocardiográfica es la siguiente:

Ritmo sinusal de base, con frecuencia de 60 LPM, con una necrosis antigua de cara inferior. Extrasistolia ventricular en forma de bigeminia (sin pausa compensadora, extrasistolia interpolada, en mi opinión) con conducción retrógrada oculta que genera bloqueo A-V con fenómeno de Wenckebach.

Espero ilustrarme con su explicación.

Gracias

Solon Navarrete

Estimados,

opino lo siguiente:

1. basalmente presenta un RS con BAV de 1er grado.

2. presenta EV del VI, bigeminada, las EVs no provocan pausas compensadoras ya que la frecuencia sinusal es prácticamente la misma con y sin EV, de manera que las EV no afectan a la aurícula.

3. básicamente, está afectado el sistema de conducción AV, la EV logra penetrar parcialmente al sistema de conducción-NAV pero sin pasar a la aurícula, esto provoca que el PR se prolongue aún más, incluso se ve una P bloqueada luego de la última EV.

.....que sigan las opiniones!

Fernando Malpica Cervantes