

Mujer de 60 años asintomática con antecedentes de ser portadora de cardiopatía - 2017

Dr. Fernando Malpica Cervantes

Estimados amigos,

Quisera opiniones para informar este ECG. Se trata de una mujer de 60 años que concurre en forma ambulatoria y asintomática a realizarse un ECG como parte de un chequeo completo. Dice tener una cardiopatía pero no aporta detalles.

¿Cómo informarían este ECG?

Saludos a todos.

Fernando Malpica Cervantes



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Dr. Malpica:

Presenta RS 78 por minuto. Probable crecimiento auricular izquierdo. Eje desviado a la izquierda (bloqueo del fascículo anterior izquierdo).

PR prolongado 0,22 seg con variaciones del mismo. QRS con variaciones en su duración con ondas S profundas de V1 a V3 y supradesnivel del segmento ST de V1 a V3 máximo en V2 y V3. Fragmentación del QRS. QT prolongado.

Diagnóstico: probable miocardiopatía hipertrófica septoapical.

No me impresiona una miocardiopatía dilatada isquémico necrótica ni Chagas con aneurisma apical. No refirió si presenta epidemiología positiva o no para esta enfermedad.

Sería interesante conocer los resultados del ECO, antecedentes personales y familiares. Medicación actual y qué encontró en el examen físico.

Por ejemplo, ¿choque de punta se encuentra en 5to espacio intercostal izquierdo y aumentado de intensidad? ¿o desplazado a la izquierda con disminución de su intensidad?

Valor de TA obtenida. R1 y R2 y características de estos. Presencia de R3 o R4. Soplos y sus características. ¿Tiene colapso yugular inspiratorio?

Características de los pulsos periféricos. Auscultación pulmonar.

Con estos simples datos aunque el eco va a definir qué miocardiopatía presenta contribuyen a la valoración de lo hallado en el electrocardiograma, sino se trata de hacer electromancia y por más que me agrade mucho el análisis del ECG, entiendo que no puede desprenderse de todo lo expresado previamente.

¿Qué le dió el ECO?

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Estimado Fernando: El ECG muestra un ritmo sinusal con agrandamiento de AI y/o trastornos de conducción intraauricular. PR 220 mseg, BRI de alto grado; duración del complejo QRS 160 mseg. Necrosis inferior; ondas S muy profundas en V2 y V3 secundarias a agrandamiento del VI.

Los complejos QRS con PR más corto son EV de más de dos focos que pueden estar fusionadas con el ritmo de base. Hay dudas con algunos QRS

por ej el latido diferente de DIII que al estar un poco retrasado podría ser conducido y sin BRI; lo cual demostraría con mayor claridad la necrosis inferior con un complejo QRS con una duración de 120 mseg..

Conclusión: Podría tratarse de un BRI en fase 3; por momentos presentan EV que se fusionan con el ritmo de base. Impresiona como una miocardiopatía isquémica necrótica con un VI dilatado con deterioro de la función sistólica, arritmia ventricular y BRI de alto grado.

impresionaría que Martín y yo estamos hablando de dos pacientes distintos; por lo cuál voy a fundamentar y realizar un dibujo de las fuerzas vectoriales de lo que observo en el ECG con complejos QRS de mayor duración.

Por otra parte yo creo que si tengo un complejo QRS que por momentos tiene una duración de 120 mseg y pienso que ese latido conducido después llega a medir 160 mseg tendría que llegar a la conclusión que presenta un trastorno de conducción de rama. Un mayor trastorno de conducción fascicular no justificaría ese incremento en la duración y los trastornos de conducción intramiocárdico intermitente son muy raros y no tienen esas características.

Por la morfología, que muestro en archivo adjunto el complejo de mayor duración presenta un BRI. En los mismos muestro por qué realizo diagnóstico de necrosis inferior.

La morfología de la onda T no corresponde a un BRI más MH sino a BRI + necrosis y agrandamiento del VI (por la magnitud de las ondas S que se visualizan en V2). Por el ECG no puedo especificar si existe o no otra zona de necrosis. Tampoco puedo afirmar que no es una MH que evolucionó hacia una miocardiopatía dilatada con zonas de necrosis miocárdica, a pesar que las ondas T me impresionan más como de cardiopatía isquémica.

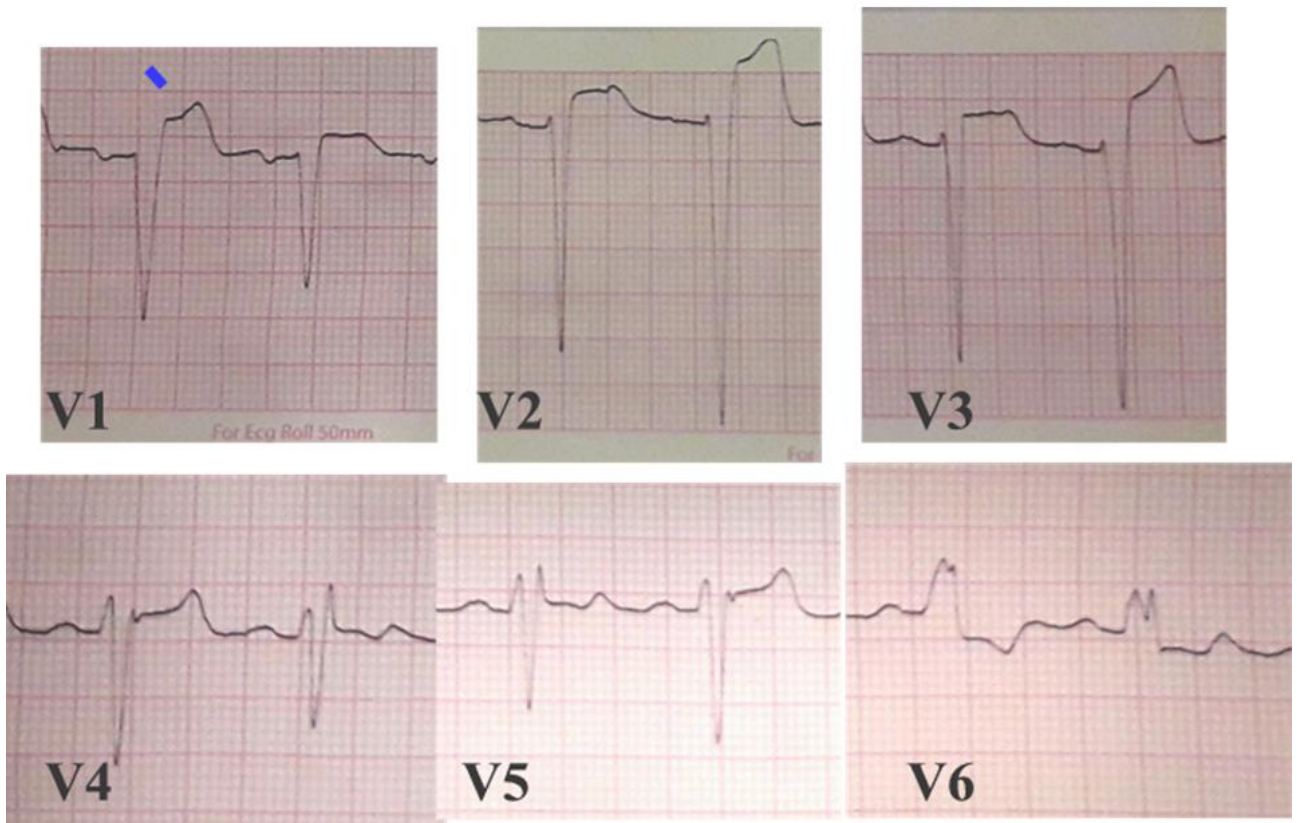
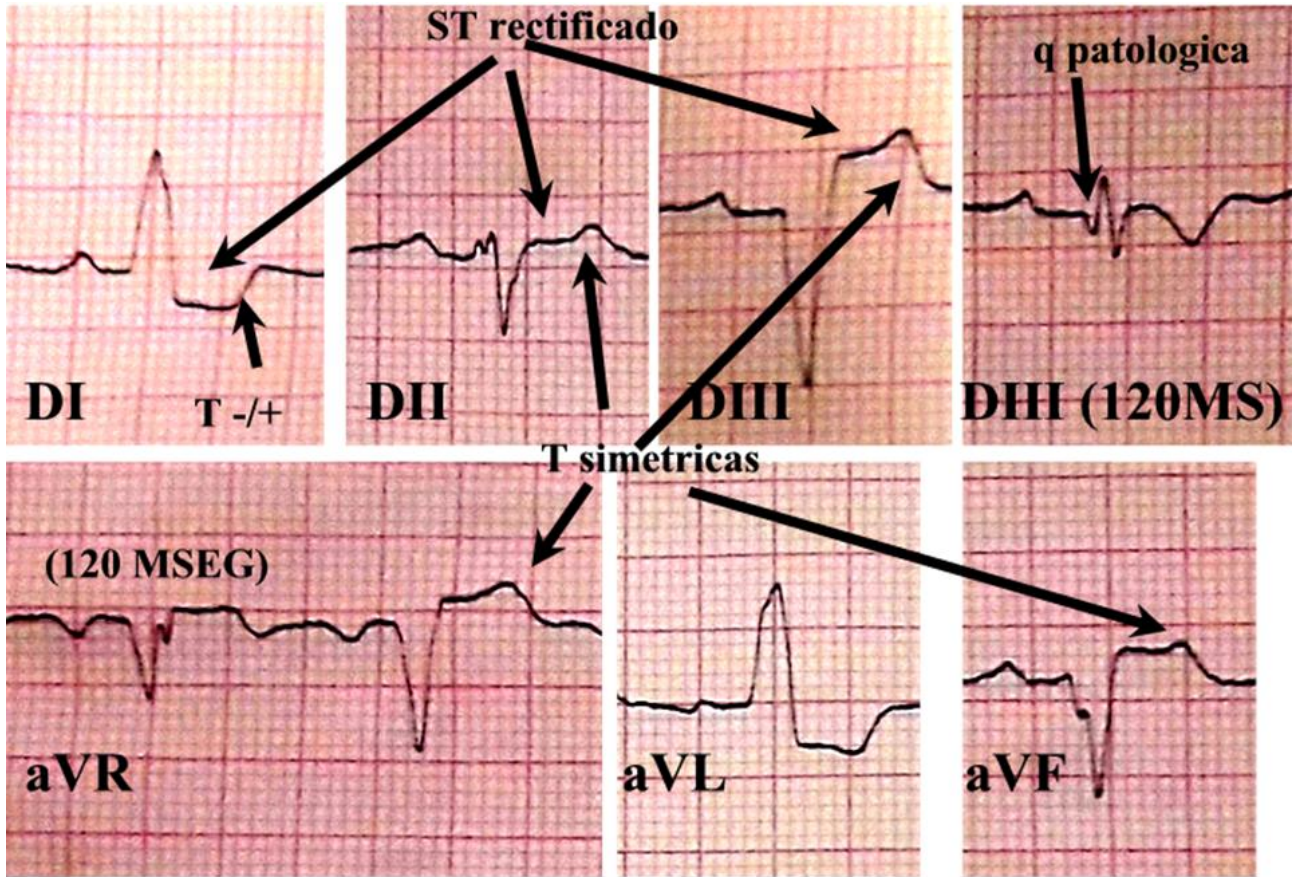
Los latidos más angostos no se si corresponden a un BRI de menor grado porque no los identifico en las derivaciones frontales. Agregó algunas tiras en donde los latidos ventriculares presentan un PR más corto con diferentes morfologías del complejo QRS por lo cual supongo que son EV.

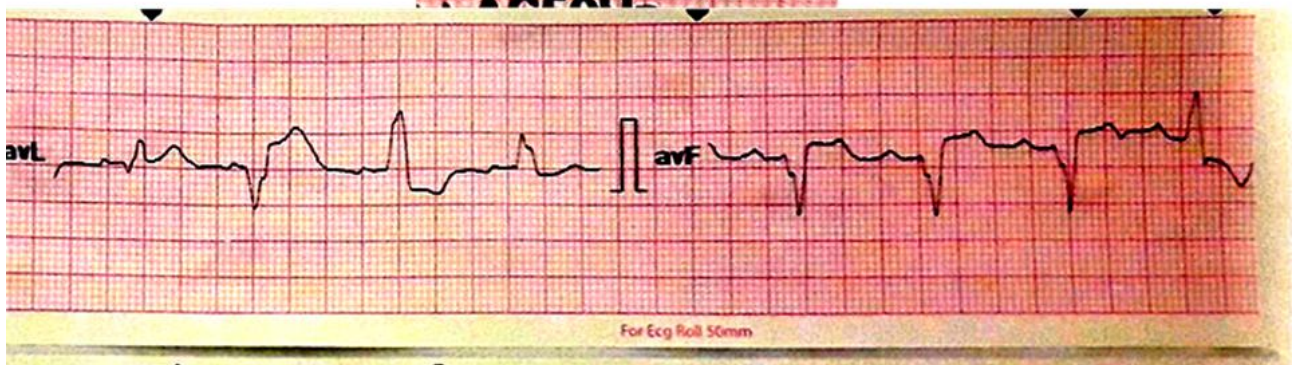
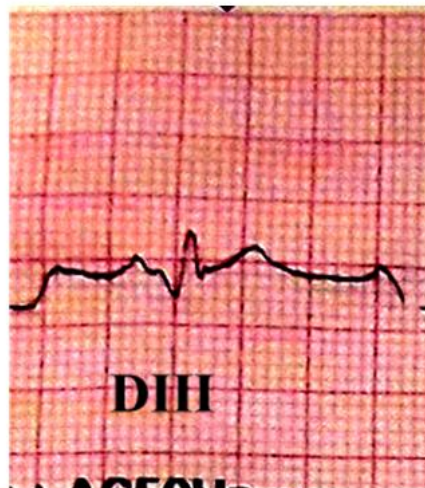
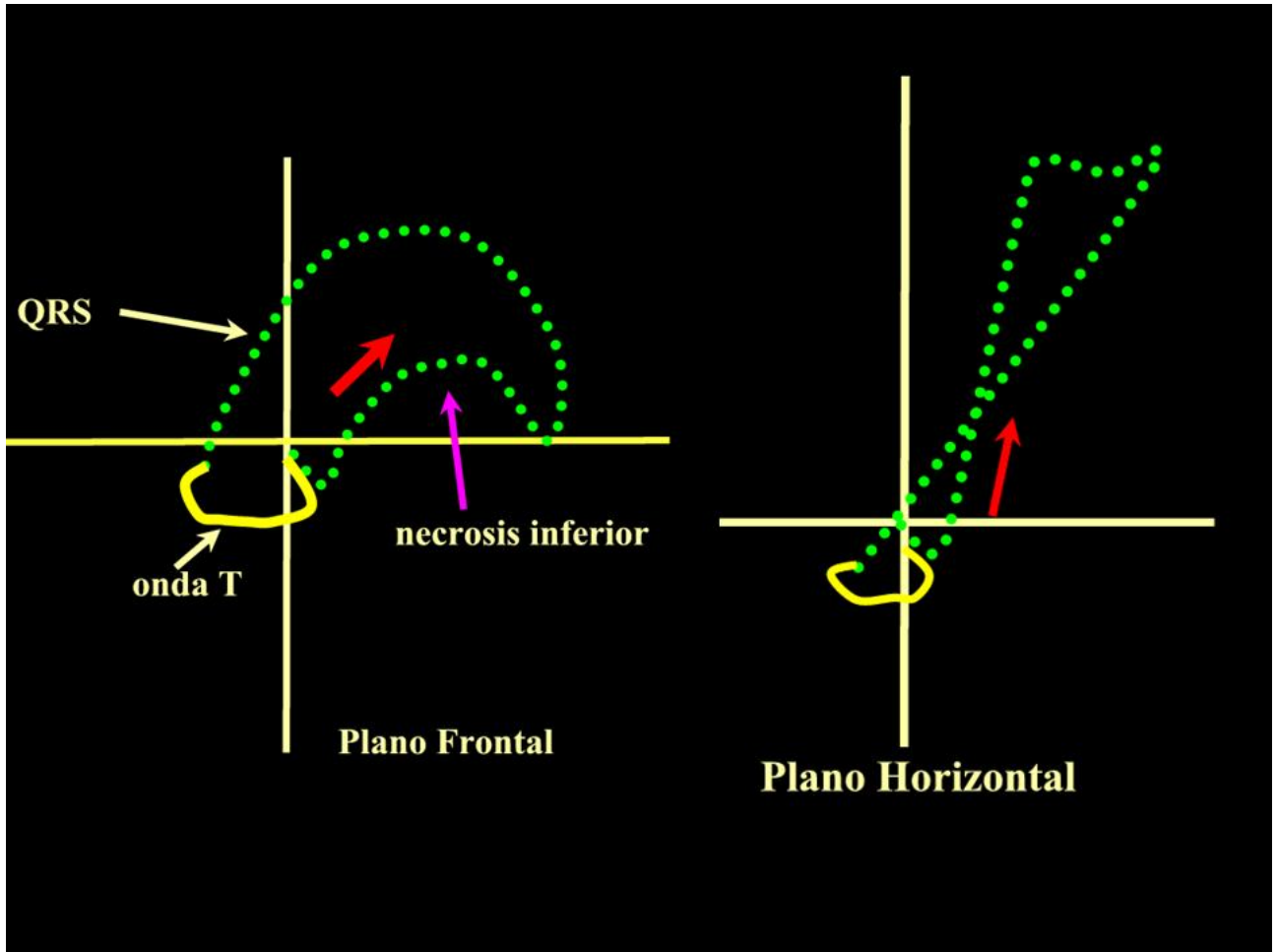
En nuestra experiencia las miocardiopatías apicales cuando se extienden a las regiones septales presentan onda Q en DI, en este caso yo no la observo. Si pienso que tiene un simple HBAI y una MH apical debería tener una onda R con mucho voltaje en aVL cosa que no observo.

Dibujé las fuerzas vectoriales de acuerdo a las melladuras de los complejos QRS tanto en el plano frontal como en el horizontal; por lo cual llegué a la conclusión de mi mail anterior de BRI con necrosis inferior.

Afectuosamente

Isabel Konopka





Querida Isabel: por supuesto que lo primero que sospeché fue miocardiopatía isquémico necrótica por muchas de las cosas que indicas y además observo un empastamiento inicial en las derivaciones inferiores que impresiona una secuela inferior; también y por momentos impresiona presentar trastornos de la conducción de la rama derecha asociados. No me convenció para miocardiopatía isquémico necrótica por la falta de antecedentes de la paciente y la onda S profunda en precordiales sumado al Supra ST significativo de V1 a V3 no se condicen con necrosis ni con el BRI ya que hay complejos angostos que mantienen el supra ST.

Mi única duda era la de una **miocardiopatía no compactada** vs una **miocardiopatía hipertrófica** por esto las áreas de fibrosis y fragmentación del QRS, pero no esperaría las S tan profundas de V1 a v3 y el supra ST que presenta y los trastornos de conducción asociados así como las EV tardías que presenta.

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

Estimados Isabel y Martin,
Muchas gracias por sus comentarios.

Martin:

Es verdad...ECG patológico! me parece un título muy adecuado. Lástima que de momento no dispongo de datos clínicos ni de estudios que te resultarían de interés; y es porque una de las tantas modalidades de nuestra actividad es la de simplemente informar ECG muchas veces sin siquiera conocer al paciente, bueno este es el caso. Los diagnósticos que mencionaste son ciertamente posibles.

Isabel:

Gracias por tu análisis tan completo, El ECG impresiona con un BRI como morfología predominante, luego están esos complejos que impresionan levemente más estrechos que siguiendo tu análisis podría corresponder a EV que caprichosamente caen después de la P casi sin modificar el R-R y que parecen fusionarse, pero también podrían corresponder a distintos grados de BRI o intramiocárdico.

Prometo enviar estudios cuando los tenga.
Saludos a todos

Fernando Malpica Cervantes.

Estimado Fernando:

Gracias a vos por compartir estos ECGs; que a pesar de que no sabemos si vamos a poder corroborar con los datos clínicos, nuestra presunción diagnóstica, nos activa nuestra sustancia gris.

Afectuosamente

Isabel Konopka