

Mujer anciana con dolor en el pecho de pocas horas de duración – 2014

Dr. Frank G. Yanowitz

Dear Andres,

Attached is an interesting ECG that I use in my teaching to medical residents . Let me know your thoughts.

Regards,

Frank G. Yanowitz, MD

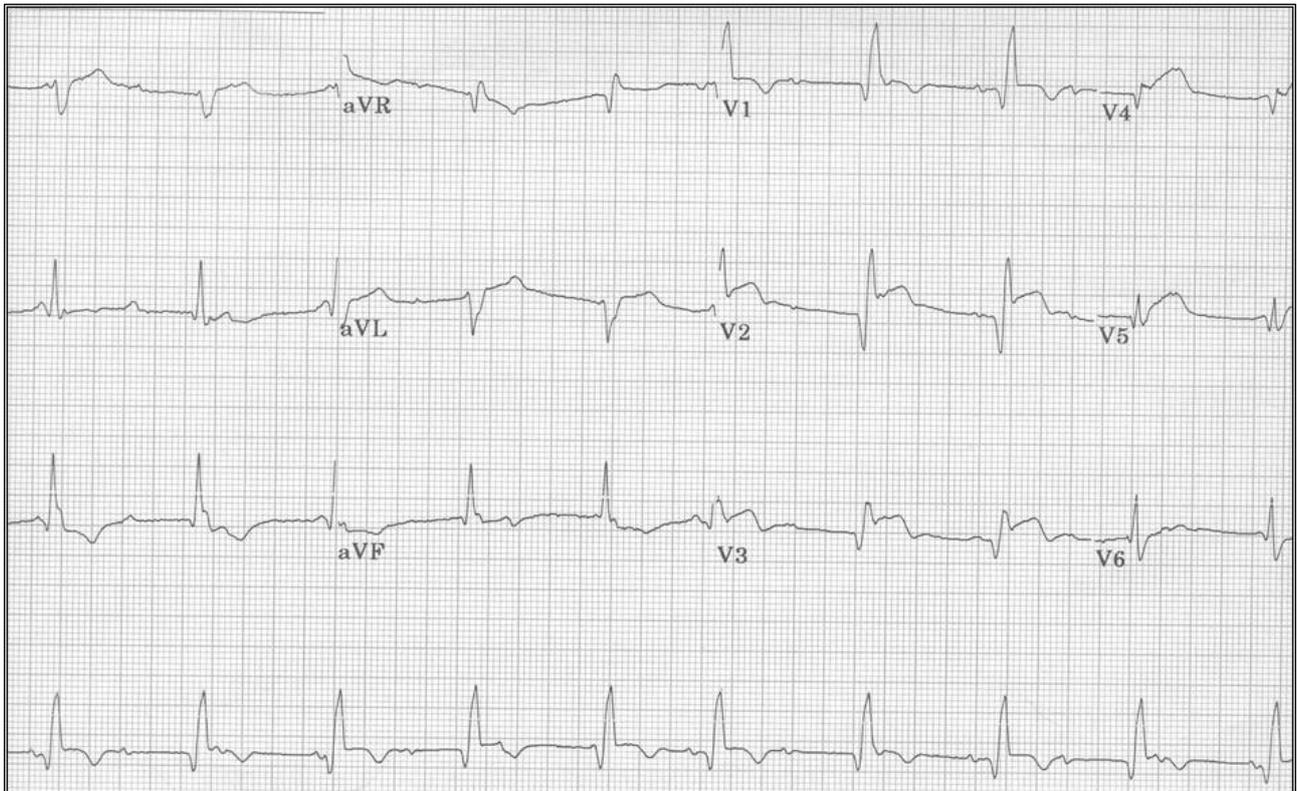
Estimados colegas este colega electrocardiologista Professor Frank nos manda este traçado para discusión. Se trata de una mujer de 76 años con dolor precordial de pocas horas

Esperamos vuestras valiosas opiniones.

Donde esta la obstruccion?

Qual el diagnóstico.

Andrés.



OPINIONES DE COLEGAS

Hola,

Hace algún tiempo que no comento los ECG de vuestro foro tan interesante porque estoy muy ocupado pero me atrevo a este caso: Ritmo sinusal pero con disociación AV aunque el 6º complejo de la tira de ritmo puede estar conducido. Ritmo de escape con morfología de bloqueo de rama derecha y posible hemibloqueo de la subdivisión posterior (aunque me gustaría ver QS en I y no rS). Infarto anterior extenso por oclusión de la descendente anterior proximal a la primera diagonal. El ST de aVR y V1 es isoelectrico y esto me hace pensar en dos posibilidades: que la oclusión es distal a la primera septal o que hay una oclusión total del tronco común izquierdo y que el vector de lesión de la descendente anterior está contrarrestado por el vector de lesión de la circunflua. Es un caso grave que requiere coronariografía emergente y colocación de marcapasos transtorácico preventivo. Probablemente el bloqueo es infrahisiano relacionado con el infarto.

Saludos

Miquel Fiol Sala, MD, PhD

Querido Maestro Andres.

Mi interpretación del caso enviado

Alcanzo a ver Ritmo de escape ventricular con imagen de BRDHH
FVM 55 lat por minuto, frecuencia auricular 110 por minuto
Eje desviado a la derecha más o menos a 120 grados.
Disociación auriculoventricular, (intervalo PR variable)
qR en II, III y aVF con rS en I y aVL
QRS en precordiales derechas con imagen BRDHH completo muy ancho, con rama descendente de R deformada por supradesnivel del punto j y ST en V1 hasta V5 con mayor desnivel positivo en V2 y V3 y presencia Q en estas mismas derivaciones.

IDx IAM anteroseptal complicado con BAV completo

Espero sus conclusiones

Jesús A Campuzano
Urgenciólogo Monterrey N.L.

Estimado Andrés.

Presenta BAV completo con disociación AV. El ritmo sinusal es de 75 por minuto. El ritmo ventricular es de 60 por minuto. No impresiona un ritmo de escape ventricular, primero por la FC de escape y morfología del QRS, con una BCRD y bloqueo fascicular posterior izquierdo que desvía el eje a la extrema derecha. y los cambios electrocardiográficos son consistentes con un infarto ánteroseptal en evolución, con onda Q de V1 a V5 y máximo supradesnivel del ST V2 y V3 e infradesnivel en DIII y AVF.
Un cordial saludo y muy lindo caso electrocardiógrafico.

Martin Ibarrola

Estimados colegas esta es mi primera participación en este foro.

Siempre leo atentamente cada uno de los comentarios de verdaderos maestros. En este caso

Por lo que se ve es un transtorno de conducción AV e intraventricular en el contexto de un SCA CON SUPRA ST BCRD + HBPI

(x la tira DII que no es regular no creo que sea un BAVC)

Pedro Gil

Un gusto estimado Dr Gil y gracias por su interpretación.

En la tira DII que Ud refiere el intervalo PP es regular, sin ninguna relación con los intervalos RR, que sí presentan una leve variación de los RR, se van acortando mseg y luego retorna al RR inicial.

Quedará la disquisición si es un ritmo de la unión AV o un ritmo idioventricular.

¿Por qué le impresiona que no se trata de un BAV completo?

Un cordial saludo

Martín Ibarrola



Hola,

Me meto en vuestra discusión, quizás el Dr. Gil se refiere a que el 6º latido se "acerca" al previo y esto suele ocurrir cuando alguna onda P es conducida. También es cierto que el intervalo RR del ritmo de escape no es absolutamente regular y puede existir cierto grado de boqueo de salida en el foco de escape

Saludos

Miquel Fiol Sala, MD, PhD

Estimado colega, después de analizarlo nuevamente, sigo viendo alguna cosas, como que a simple vista uno podría decir que están regulares los QRS (al menos los primeros 5 latidos).

En un paciente con SCA un BRD + HBPI condición grave y de no muy buen pronóstico a pesar de un buen manejo hemodinámico.

La arritmia ventriculofásica que se ve en los primeros latidos donde los PP que contienen un QRS son más cortos que los que no lo contienen, y esto parecería perderse en los latidos finales.

El 6to latido parece conducir con PR de 150-160 mseg, por eso creo que es un BAV de

alto grado que podría evolucionar con BAVC.
Todo por la isquemia.

Pedro Gil