

# Mujer de 52 años con BCRI en fase 3 – 2012

Dra. Marilina Ortega

Hola a todo los foristas ..primero les deseo que comiencen un año hermoso con Salud, Paz, Amor y Armonía.

Ahora les presento un caso de una femina de 52 años que presenta un ECG con ritmo sinusal y bloqueo de rama izquierda, pero cuando la frecuencia baja de los 65 lpm se desbloquea y presenta el ECG que les envío.

Le pedí un ecocardiograma (que también adjunto) y no sale la severa HVI del ECG, solo leve dilatación auricular izquierda. sin alteraciones de la función contráctil global ni segmentaria.

Está en tratamiento con bisoprolol 5 mg/día, AAs 100 mg /día, enalapril 5 mg y 5 mg y espironolactona 25 mg /día.

Consultó por presíncopes y en Holter de 24 hs no hay arritmia, no pausas, solo la conducción con BCRI alternado según frecuencia con ritmo sinusal sin bloqueo.

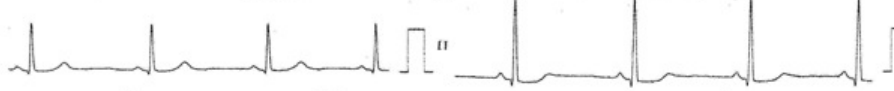
Mi pregunta es... ¿por qué el ECG de HVI con SVI moderada sin traducción en el eco

Desde ya les agradezco sus valiosas opiniones

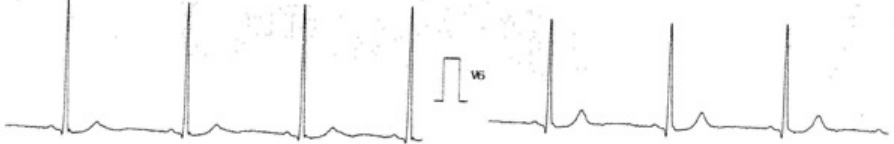
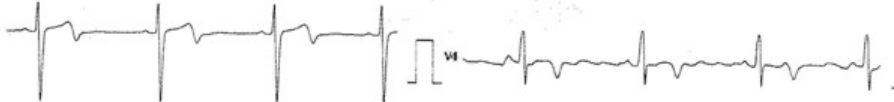
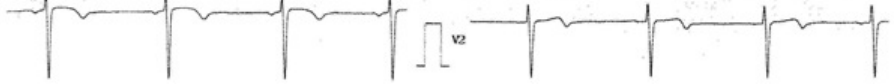
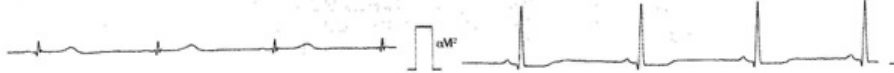
Marilina

~~XXXXXXXXXX~~

20/4/11



BENTLEY, SLOWERS



Altura  
Peso  
Antecedentes:

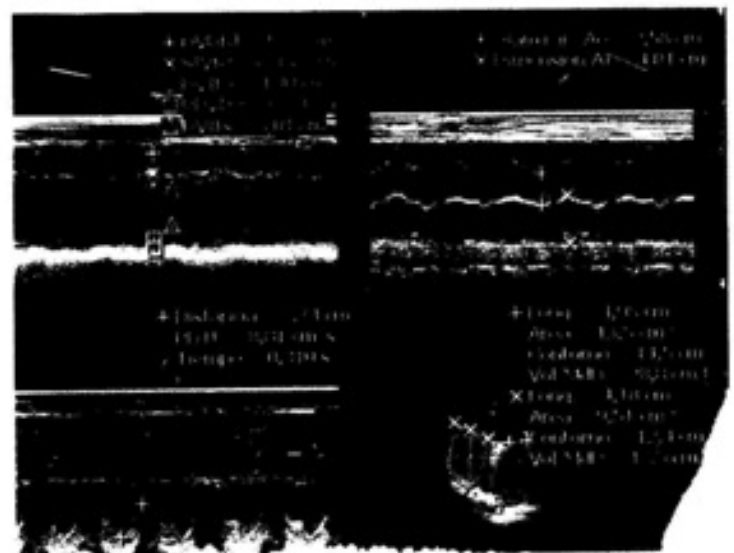
I Art  
Sup.  
Cmn

Ecocardiograma M/B	Valor hallado	Adulto normal	Ecocardiograma M/B Válvulas	Valor hallado	Adulto Normal			
V.I. Diám. Diastólico	44	38-55 mm	Aórtica					
V.I. Diám. Sistólico	30	25-40 mm	Separación sigmoidea		> 15 mm			
Septum Diastólico	9	7-11 mm	Mitral					
Pared Post. Diast.	8	7-11 mm	Distancia E-Septum		< 7 mm			
			Pendiente E-F		> 60 mm/seg			
			Área		> 2 cm2			
Vol. Fin Diástole	88	< 150 cm3	Tricúspide					
Vol. Fin Sístole		variable	Comentarios					
Fracción Acortamiento	31	25-45 %	Pulmonar					
Fracción de Eyección	59	55-75 %	Comentarios					
V.D. Diám. Diastólico	16	7-26 mm	Doppler	V max. Cm/s	G max mmHg	G med mmHg	Área cm <sup>2</sup>	Reflujo
			Aórtico					
Raíz de Aorta	26	< 37 mm	Mitral: E					
Aurícula izquierda	40	16-40 mm	A					
Derrame Pericardio			Tricúspide					
MVI (masa VI)			Pulmonar					
IMVI masc		< 115 gr/cm	TSVI					
IMVI fem.		<95 gr/cm2	IVTR					
Relación Pared/luz		0.42	E/e'					

COMENTARIOS:

Cavidades cardiacas: dilatación auricular izquierda. Area AI 13 cm2 y AD 9 cm2.-  
 Válvula Mitral con valvas delgadas y movimiento oponente de las mismas.-  
 Válvula Aórtica trivalva fibrosada con apertura conservada.-  
 Válvula Tricúspidea y Pulmonar normales.-  
 Aorta en todos sus segmentos normales.-  
 Movimiento anormal del septum por BCRI.  
 Función sistólica ventricular izquierda y derecha (ESPAT 27) en reposo conservadas.  
 No observo masas intracavitarias.-  
 Arteria Pulmonar de diámetro normal.-  
 Vena Cava Inferior de diámetro y colapso normales.-

Atte.



# OPINIONES DE COLEGAS

Dra: Marilina:

Cuando se le realizó el echo, ¿se analizó el Tissue Doppler o se le hizo maniobra de Valsalva a la paciente?

En mi experiencia he visto pacientes con ese ECG y son delgados, los problemas de la conducción de RI y el BFA pudieran estar en relación con el período refractario prolongado, dejo eso a los electrofisiólogos, pero como la AI está algo dilatada y no se ven signos de HVI esas maniobras pueden dejar ver si existe alguna alteración en la diástole y de ser positivo buscar causas que alteren la relajación del VI.

Estaré al tanto del caso. Buen dia.

Dr. Ignacio R Perez

NY Heart Center Syracuse.

---

Dra. Ortega, Marilina:

A respeito da discordancia do ECG/ECO algumas suposições:

1. Eco sabemos é operador dependente, como voce fornece os dados evidentemente confia neles, e embora relate atrio esquerdo dilatado a areamedida está no limite superior (4cm). Chama atenção valva aórtica fibrosada aos 52 anos.

2. O Bloqueio de Ramo Esquerdo transitório taquicardico (Fase 3) /bradicárdico (Fase 4) dependente quase sempre é His-Purkinje patológico (Josephson, ME- Clinical Cardiac Eletrophysiology Technics and Interpretation, pg. 128 4th Edition, 2008).

4. Sem dúvida ha Sobrecarga Ventricular Esquerda: Sokolow Lyon:  $SV1+RV = 16+30 = 46$ , não comprovada pelo Eco para a qual não tenho explicação exceto o comentário inicial.

5. A inversão de T V2-V4, suponho que agora aos 52 anos - ouçamos o prof. Sclarovsky - não tem mais influencia estrogênica tem que ser avaliada.

6. Não vejo indicação cardiológica de espironolactona, inibidor de ECA ou pelo menos esta associação ans doses prescritas face ao laudo do ECG confiado no laudo do Eco, o B-bloqueador justifica-se pois bradicardiza e anula o BCRE que tem implicações prognósticas.

7. Investigaria (embora ache que voce já o tenha feito) lípides e coronariopatia.

Só complementando:

Feixe de His - Bloqueio de Ramo esquerdo e divisões

G) Relações: muito próximo das seguintes estruturas:

- Valvas aórticas não coronariana e coronariana direita.

- Anel aórtico (por isso é freqüente nas valvulopatias aórticas)

Ref

*(I CURSO VIRTUAL AVANÇADO DEELETROCARDIOGRAMA EVETORCARDIOGRAMA NORMALE PATOLÓGICO NA INTERNET PROF MAURÍCIO ROSENBAUM Aula 10 - Bloqueio de Ramo Esquerdo), Dr. Andrés R. Pérez Riera*

Com respeito e amizade.

Adail Paixao Almeida - Bahia - Brasil

---

Prezada colega, para determinar se há hipertrofia ventricular ao ecocardiograma devemos indexar os valores das medidas e cálculos à superfície corpórea. Nesta paciente pode haver hipertrofia excentrica do ventriculo esquerdo, o que poderá ser constatado com o Índice de Massa e a espessura relativa.

O átrio esquerdo encontra-se com 40 mm, sugerindo aumento para o sexo feminino, a indexação seria muito interessante, em minha opinião.

Grata pela atenção.

Sylvana Leão

Brasil

Dr Adail ... primero gracias por su aporte. Y le cuento que la paciente tiene dislipidemia en tratamiento con rosuvastatina 10 mg/día y tiene coronarias normales y un test de perfusión normal.

Gracias Sylvana por tu aporte. Si, tenés razón que no está indexado por superficie corporal ... me pongo en contacto con la paciente para obtenerlo y te cuento ... gracias

Marilina Ortega

---

Estimada Dra Marilina concuerdo con la interpretación de que la valoración del índice de masa VI es útil para el diagnóstico y seguimiento de su HTA, no recuerdo no siquiera LIFE que correlacione el hallazgo en el mismo paciente de HVI ecográfica con la electrocardiográfica.

Y con el mayor de los respetos en una paciente con HTA la valoración de la función diastólica en lo posible debe realizarse.

Me resulta un poco contradictorio la combinación de los medicamentos para su HTA. Lo fundamental es reducir su TA eso primero, tal vez otro esquema sería el adecuado.

Un cordial saludo.

Martin Ibarrola

Estimado Martin, gracias por responderme.... es la primera vez que veo la paciente y puse el caso en el foro por el BCRI intermitente y cuando conduce sin bloqueo se ve una HVI no correlacionada con el eco y ademas porque el colega que la atiende le habló de un CDI con resincronizador!!!!!! y la paciente vino en busca de una 2° opinión por lo cual le hice un Holter que lo subo mañana, pero que relaté anteriormente con ritmo sinusal con conducción con BCRI que alterna sin [bloqueo](#). Nootro hallazgo.

Ahora cuando la vea por 2° vez y le entregue el Holter le voy a cambiar la medicación por algo más adecuado para su HTA

Marilina Ortega

