

Paciente masculino de 83 años portador de miocardiopatía dilatada – 2008

Dr. Oscan Ozeke

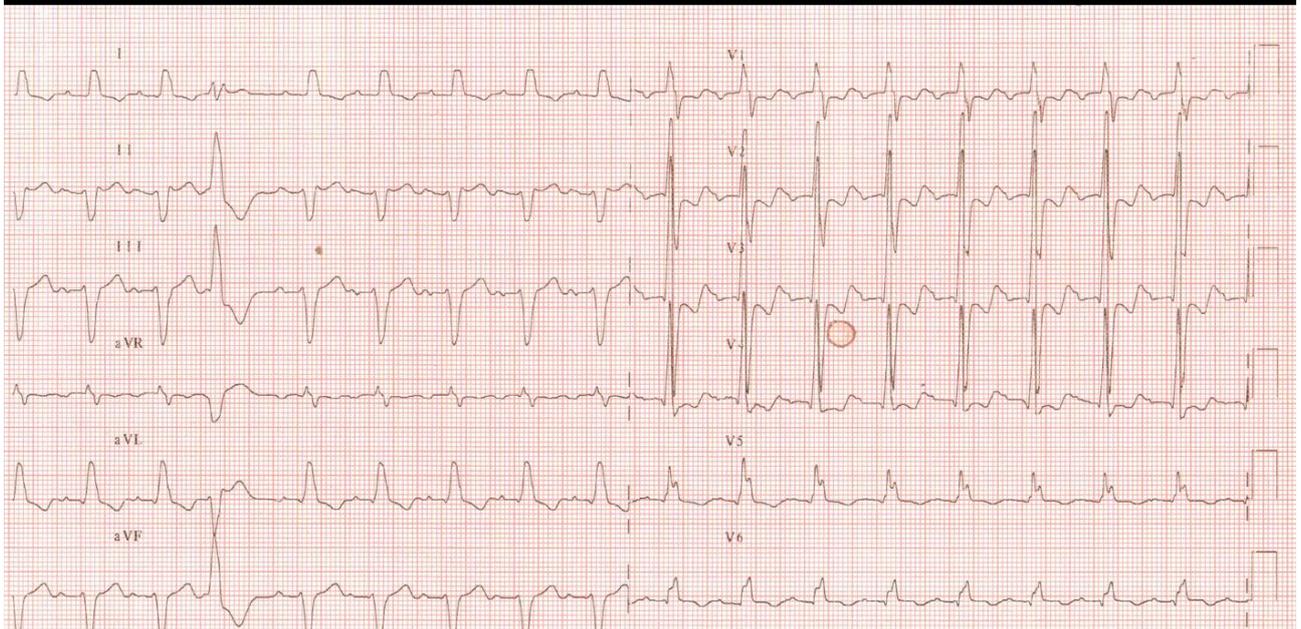
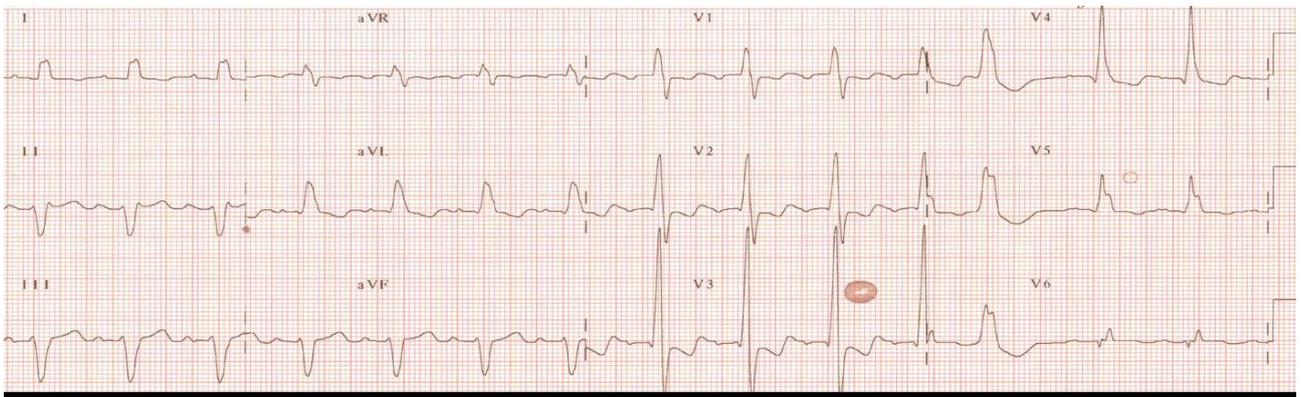
I have an ECG, it is a 83 years old male patient's ECG with dilated cardiomyopathy. If you interpret this ECG for me, I will be happy, thanks for your comments.

Sincerely yours,

Tengo un ECG, es un ECG de un paciente masculino de 83 años con miocardiopatía dilatada. Si interpretas este ECG para mí, estaré feliz, gracias por tus comentarios.

Sinceramente tuyo,

Dr. Ozcan Ozeke



OPINIONES DE COLEGAS

Estimados amigos:

El ECG enviado me resulta sumamente interesante, pues después de analizarlo me propongo diagnósticos antagónicos, lo que me preocupa ya que pone en riesgo mi asertividad y autoestima.

En principio me impresiona como un bloque completo de rama izquierda con eje de QRS "hiperdesviado" a la izquierda, como se ve en corazones severamente miocardiopáticos. Para Hemibloqueo anterior izquierdo con bloqueo de rama derecha "enmascarado" me falta la onda T oponente (negativa) en V1-2 y la onda S en V5-6. El componente positivo en V1 coreresponde a las fuerzas iniciales de la despolarización ventricular, lo que estaría más relacionado con necrosis posterior, y sería coherente con un compromiso similar de la cara lateral.

En definitiva, me inclino a diagnosticar el presente ECG como Ritmo sinusal con bloqueo completo de rama izquierda con eje de QRS desviado a la izquierda e inactivación eléctrica de la cara laterodorsal, o inferolaterodorsal si considero la "melladura" en la rama descendente de la onda S de las derivaciones de la cara inferior, especialmente en DII del trazado superior.

Saludos.

Dr. Héctor Roiter

Este ECG presenta bloqueo completo rama izquierda, hemibloqueo anterior izquierdo o, fascicular anterior izquierdo, bloqueo auriculoventricular de primer grado, ext rasistolia ventricular con acoplamiento fijo, tipo wolfianas de base ventrículo derecho, crecimiento auricular izquierdo, sobrecarga sistólica, izq, en V1 y V2 aparenta FAP, compromiso del fascículo medio, trastorno repolarización cara anterior, relacionado con la arteria descendente anterior, proximal, espero no haber delirado mucho,

Saludos

Un abrazo para Ricardo y Edgardo, los felicito por el encuentro en La Boca muy cálido y emotivo, sirvió para unir mas al foro y hacer amistades reales a partir de los encuentros virtuales

Manuel Cano

Analizando este trazado veo lo siguiente:

1- Ritmo sinusal.

2- Agrandamiento de aurícula izquierda secundaria a disfunción de VI lo que evidencia presión de fin de diástole del Ventrículo izquierdo en este paciente por encima de 24 mm Hg.

3- Hemibloqueo anterior izquierdo puro.

4- Trastornos de conducción intraventricular asociados a múltiples áreas de necrosis, que no conforman bloqueo de ninguna rama principal.

5- Necrosis inferiorlaterodorsal, que se evidencia por la r embrionaria en cara inferior, la R inicial en AVR, la onda R inicial en Vi y V2 y la onda Q inicial en cara lateral.

6- Hipertrofia asociada de las caras sanas del VI como se evidencia en V3 y V4.

Los cambios de la onda T son secundarios a sobrecarga sistólica de Cabrera y necrosis asociadas.

- No existe Bloqueo de rama derecha y menos de la rama izquierda.

-La extrasístole que se ve presenta morfología de hemibloqueo posterior mostrando su origen en el fascículo anterior. (extrasístole del fascículo injuriado de Rosenbaum).

Me olvidaba en aclarar que si me remito a las enseñanzas de mis maestros de Cardiología este paciente, por este ECG presenta una Fracción de eyección menor al 25%.

Espero otras opiniones.

Muchas gracias.

Marcelo Benassi

