

Preoperatório de cirurgia de cotovelo – 2016

Dr. Adail Paixao Almeida

Adail mando-me este precioso desafio Meu parecer é ese. Espero otras opinioes.

Andrés R. Pérez Riera

Estimado Mestre Riera

Qual sua opinião?

Assintomático. Normotenso. Sem outro fator de risco. Solicitado pelo ortopedista - preoperatório de cirurgia de cotovelo. Veio só para laudo.

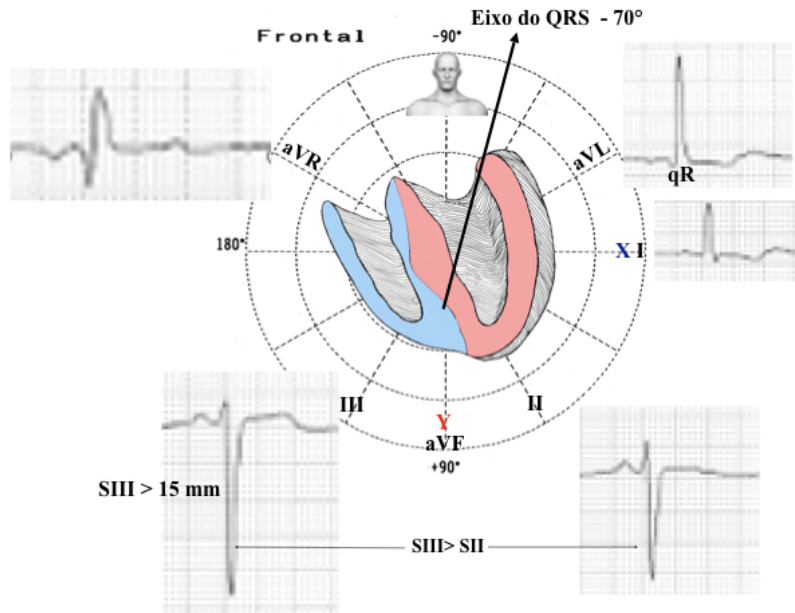
Adail Paixao Almeida

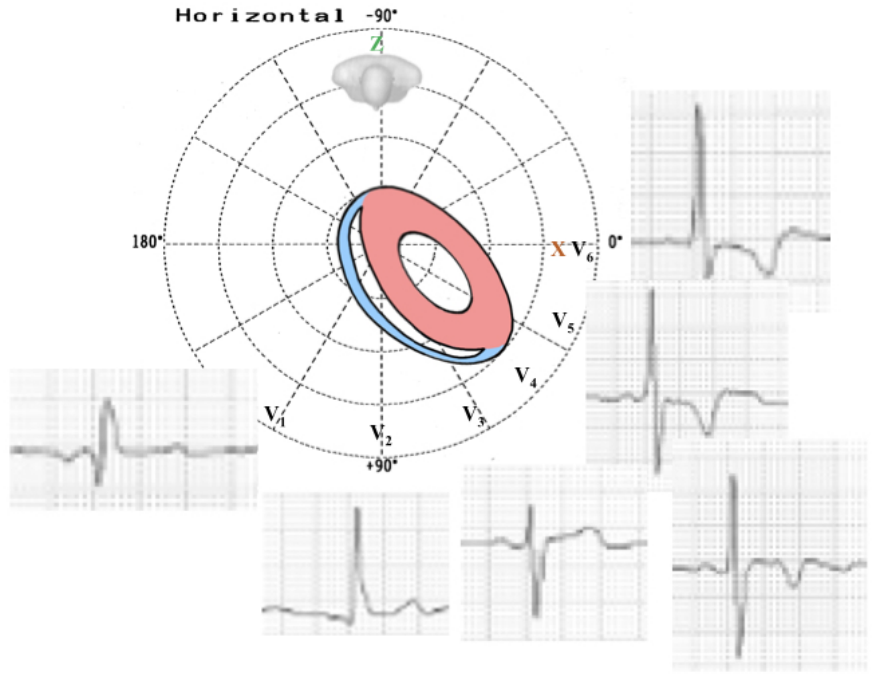
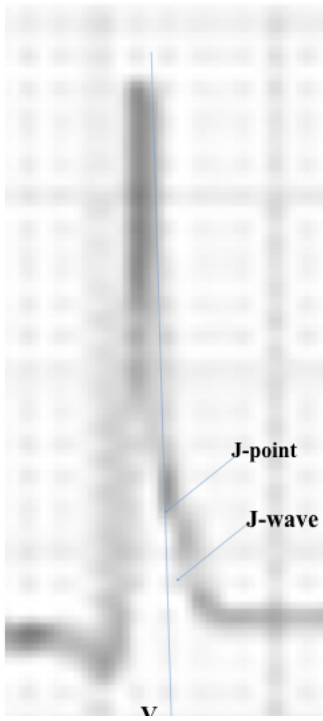


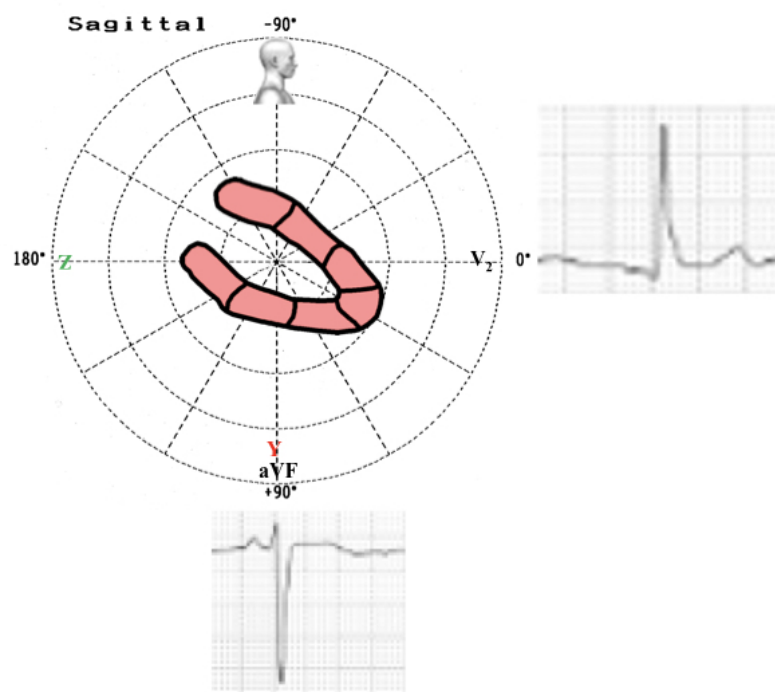
Ritmo sinusal FC: duração do P 100ms, SÂP: + 60°, intervalo PR 180ms, QRSd 110ms, eixo do QRS- 70°, inferiores padrão rS, SIII> SII, SIII > 15mm, qR em V1=V2, V3 Rs e R=S de V3 a V6

Conclusão:

- I. Bloqueio divisional ântero-superior esquerdo tipo IV de Rosebaum:** associação BDASe a SVE
- II. Possível bloqueio divisional ântero-medial(BDAM):** qR em V1-V2, onda q embrionária em V₂ R “in crescendo de V1 para V2”, ausência de q inicial nas derivações esquerdas (pode sugerir ausência do vetor IAM o que reforça a hipótese de BDAM)
- III. Possível bloqueio bifascicular esquerdo: BDAS+BDAM?**
- IV. Sobrecarga ventricular esquerda com padrão sistólico ou “strain pattern” de repolarização nas derivações esquerdas.** A onda R proeminente pode ser devida a rotação anti-horária do coração no eixo longitudinal e não a BDAM. Este último diagnóstico sempre deve ser clínico-eletrocardiográfico.
- V. Padrão de repolarização precoce com onda J ostensível em V2** discreta elevação do segmento ST na mesma derivação







Possible causes for Prominent QRS Anterior Forces (PAF)

1. **Normal subjects:** PAF are observed in only 1% of normal subjects (Mattu 2001).
 - Normal variant with marked counterclockwise rotation of the heart around the longitudinal axis of the heart resulting in a shifting of the transition area (R=S) early, i.e. to the right of the precordial lead V_2 (Yanagisawa 1981; Mori 1992; Paparella 1987).
 - Athlete's heart (Ferst 1984; Zema 1990).
2. **Misplaced precordial leads** (MacKenzie 2004; Mattu 2001).
3. **Ancient strictly posterior, dorsal, high posterobasal MI** (McManus 2014). Actual lateral MI (Bayés de Luna 2006);
4. **Right ventricular hypertrophy (RVH):** vectorcardiographic types A (Brohet 1990; Suzuki 1978; Hugenholtz 1964) and B (Lebowitz 1986; Ellison 1972);
5. **Diastolic LVH, volumetric or eccentric LVH, secondary to septal hypertrophy** (magnitude of increase of I_{AM} vector) and CCW heart rotation around the longitudinal axis (Cabrera 1960; Donoso 1955);
6. **Combined or biventricular hypertrophy** (Elliott 1963);
7. **CRBBB** (Baydar 1965; Chen 1980);
8. **Pre-excitation variant of Wolff-Parkinson-White type A** (Chung 1965);
9. **HCM:** both obstructive and non-obstructive forms (Pérez-Riera 2013);
10. **Progressive muscular dystrophy of childhood, Duchenne's cardiomyopathy, Duchenne's muscular dystrophy, X-linked muscular dystrophy, pseudo-hypertrophic muscular dystrophy, childhood muscular dystrophy** (Secchi 1982; Yotsukura 1999);
11. **Endomyocardial fibrosis** (Tobias 1992);
12. **Dextroposition.** Example: left pneumonectomy (Pérez Riera 2011).
13. **LSFB;**
14. **A combination of the above.**

OPINIONES DE COLEGAS

Gracias Mestre

Preciosa analise. Pelo laudo é possível que a ortopedia o retorne para aprofundar investigação do mesmo.

Abraços

Adail Paixao Almeida

Adail deve fazer ECO para ver como esta a espessura do VE Pode ter escondida uma CMH