

# **Paciente masculino de 83 años con mareos e inestabilidad – 2013**

Dr. Mauricio Rondon

Qué te parece ese trazo de hoy en mi consulta

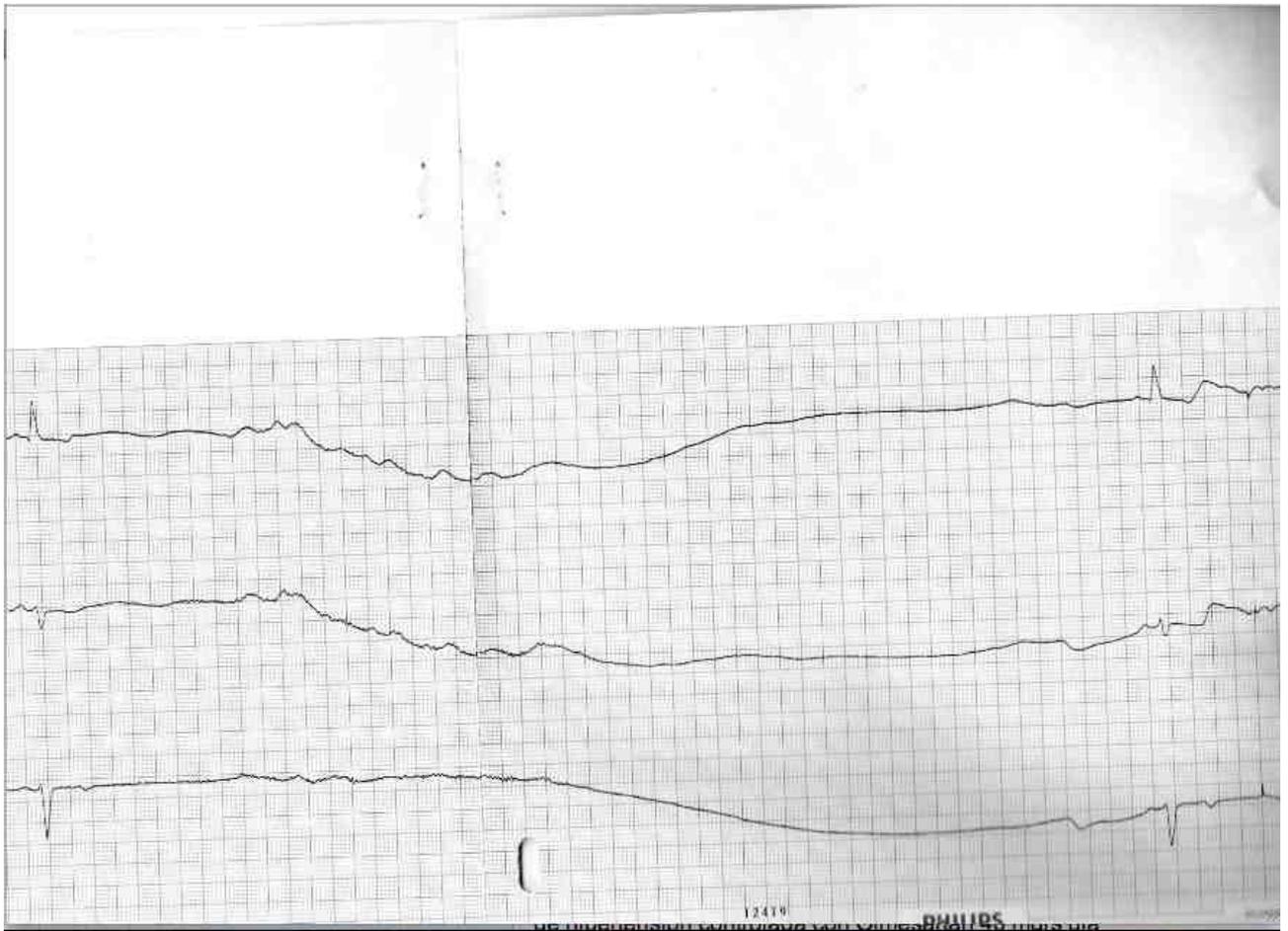
Masculino con 83 años, consulta por mareos e inestabilidad ocasional

No usa medicación cardiodepresora y es relativamente sano a excepción de hipertensión controlada con Olmesartan 40 mgrs día.

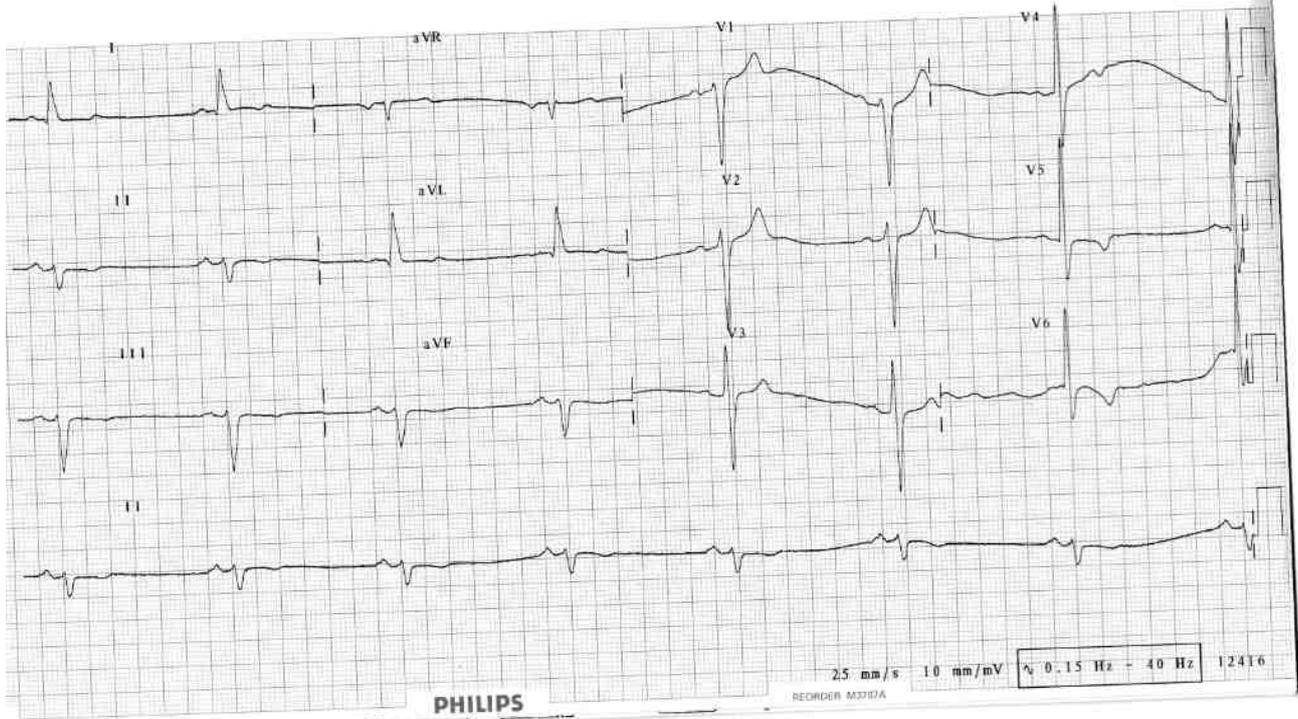
Durante la pausa, convulsión tónica y black out con recuperación después de 2 golpes pequeños en tórax

El ECG post-pausa también te lo envió

Mauricio Rondon MD



83 celdas - CI: 260.405 /



## OPINIONES DE COLEGAS

Querido Mauricio:

Observo un muy severo compromiso del sistema de conducción caracterizado por:

- bloqueo divisional ántero superior izquierdo (hemibloqueo anterior izquierdo) en el trazado post recuperación
- Paros sinusales por compromiso del nódulo sinusal
- Algunas ondas P que se observan enmascaradas en la línea de base del primer trazado parecen no conducirse a través del NAV, indicando un BAVC

¿Tenés serología para Chagas?

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Ecg consultorio dr. Rondon

1° ECG: Derivações DI, II, III: Paro sinusal de 9 segundos

2° ECG: . Bradicardia Sinusal (FC = 35 bpm) 2. Bloqueio Divisional Ântero Superior Esquerdo 3. Sobrecarga Ventricular Esquerda 4. Alteração da Repolarização: a) Parede inferior, (pode sugerir isquemia) b) V4 A V6 - secundaria a SVE 5. P bloqueadas durante paro sinusal

INDICAÇÃO DE MARCA-PASSO. POSSIVEL DOENÇA DO NO SINUSAL

Adail - Bahia - Brasil

Positivo para Chagas realizado en el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela ..(lo tiene positivo desde hace mas de 5 años ) .- Fué activista guerrillero de los años 60 y 70' y probablemente en esas actividades presentó su contaminación y es paciente mio desde hace aprox 1 año.

Asintomático hasta hace 2 semanas cuando comienza de manera insidiosa con mareos posicionales y cansancio para sus actividades ordinarias .- Paciente muy activo y aún trabaja a esa edad .

Saludos

Mauricio Rondon MD

Perdón por la intromisión, pero recién llego de minivacaciones y no se si me perdí algo, Con respecto al lindo caso de Mauricio, coincido con el excelente diagnóstico de Adail. En presencia de HBA y agrandamiento ventricular izquierdo las ondas T ligeramente negativas en las derivaciones inferiores sugieren un trastorno primario en la pared inferior. Me es muy difícil ver ondas P bloqueadas en medio de una línea de base con demasiado movimiento. No hubo ninguna situación

en el momento de la parada sinusal? masaje accidental del seno carotídeo, micción, etc?. Me gustaría ver el estado de su coronaria derecha, porque con lo que comentó Adail podría haber un compromiso isquémico del nódulo sinusal.

Perdón por inmiscuirme queridos amigos.....

Un abrazo a todos inclusive a vos Edgard, con mis saludos tardíos por el día del gomía,

Pablo A Chiale

Pablo

Es conocido por mi desde hace 1 año, asintomático con solo excepción de sus años , HAS en control con ARA II , con MG (+) desde hace mas de 5 años con antecedentes epidemiológicos positivos de haber vivido y pernoctado en nicho ecológico del Chagas .

Eco con Función del VI conservada con promedio de FE 58-62% grosor de VI ligeramente aumentado a nivel septal con patrón EA < 1 para disfunción diastólica del VI, CVP aisladas ocasionales en el Holter, siempre manteniendo BS con rangos promedios de 45-52 x´ siempre sinusal, no hay evidencias de arritmias malignas en ningún momento.

Motivo de consulta en esta oportunidad mareos y cuadros de inestabilidad para la marcha, sin cuadros sincopales, durante el ECG consigo esa pausa después de estornudo quizás algo de maniobra de Valsalva previa?? se recupera ya que lo mando a toser, no me hace caso, mirada fija y apnea, le doy 2 golpes suaves en tórax anterior y sale con ritmo sinusal con BS y me dice que se le puso el ambiente negro, que no veía ni me oía lo que decía y que solo sentía que se levantaba de la cama ... menos mal que no se levantó mucho

Lo estoy programando para MCP definitivo en esta misma semana

Mauricio Rondon MD

Hola Mauricio: un gusto dialogar contigo...bueno el paciente percibió como si se levantara ....y casi remonta vuelo..... Nunca tuvo angor? Tal vez el trastorno primario de la pared inferior sea de origen miocárdico....pero no descartaría lo coronario...

Un abrazo

Pablo A Chiale

Con respecto al electro del Dr Mauricio Rondon, el electro es tipico de una miocardia hipertrofica hipertensiva de larga data.

Caracteristicas electrocardiograficas

- Desviacion del eje a la izquierda ligeramente ancho < de 120ms
- Progresión lenta de las R de V1 a V3
- Ondas T invertidas en V4, V5, V6 sin depresión del ST
- Ondas T aplanadas in las derivaciones de los miembros prolongación del Q/T fenómeno que lo sabe hacer la angiotensina (deprime los canales de potasio fast delayed que forman la punta de la onda T)

El registro con el paro cardíaco no es de bloqueo paroximal del A-V NODE sino paro sinusal

Este fenómeno se observa en pacientes adultos que toman ACE inhibitors

Si la droga que toma es este tipo de medicamento le recomiendo suspender la droga por una semana, generalmente los síncope desaparecen, igual si es un beta bloqueante

Otro dato que me olvidé de poner en el análisis del primer electro es que la disminución del voltage de la R en V2 es muy probable a fibrosis del septo anterior y superior.

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

El segundo electro del Dr. Mauricio Rondon es un típico ECG de síndrome posicional QI, QII, QIII con R inicial en AVR, y ondas Q profundas en V4, V5, V6. Es importante destacar que este patrón es su mayoría en varones que se borran en la vejez, debido al cambio de posición de los músculos papilares del VI

Las ondas Q profundas en DI y AVL no indican hipertrofia excéntrica, pero pertenecen al síndrome posicional.

Un abrazo

Samuel Sclarovsky

Dr. Mauricio

Debo confesar que su comentario sobre la "elevación" de su paciente de la camilla me dibujó una corta sonrisa. Aunque no me hubiera gustado estar al lado de él en ese momento, pero considero que en la vida práctica de todos los cardiólogos en algún momento hemos presenciado un paciente con un monitor conectado, y también se nos produce en nosotros la "apnea" por lo menos.

Conuerdo con el MCP como 1ra medida. DDD? Creo que si . . .

Y la coronariografía para ver probable etiología coronaria.

Muy interesante el comentario del Dr. Samuel de los IECA, aunque el Sr. está medicado con ARA II, no sé si se puede aplicar la deducción.

Muy lindo el RCG.

Gracias

Ricardo Paz

Interesante ECG, Mauricio. Coincido con el resto de comentarios en cuanto al evidente paro sinusal del primer ECG. En cuanto al segundo trazado se observa un patrón de hemibloqueo completo de la subdivisión anterior con trastorno de la repolarización en pared inferior así como T negativas de V4 a V6 que sugieren etiología mixta (isquémica más patrón de sobrecarga sistólica). Por tanto habría que descartar isquemia de una coronaria derecha muy dominante o una CX.

Un saludo:  
Javier García Niebla