

# Paciente de 45 años con angor prolongado y signos de bajo gasto cardíaco – 2011

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Estimados foristas

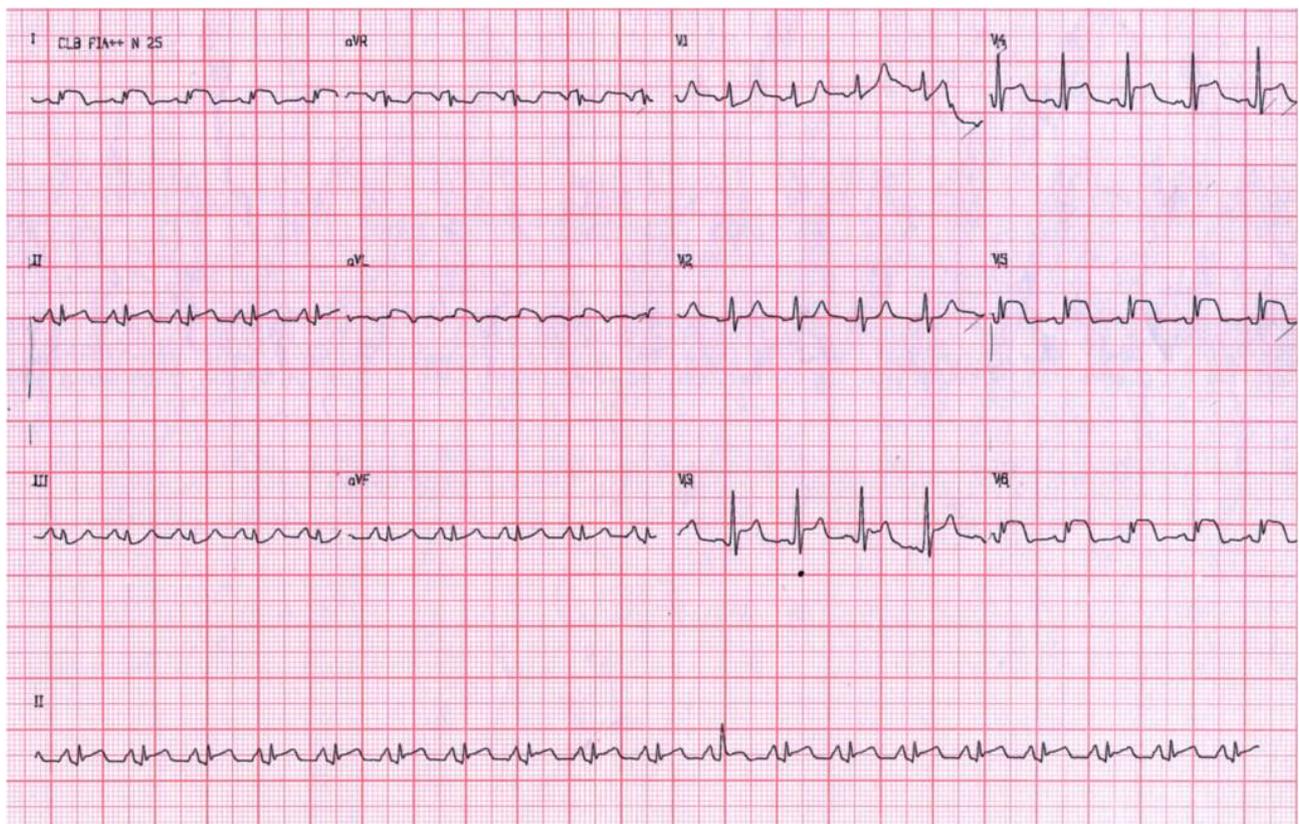
El hombre de 45a fue atendido en la urgencia con dolor torácico constrictivo con <3 horas de inicio y con signos de bajo gasto cardiaco. Sometido a angioplastia primaria con la colocación de stent e implantacion de balón de contrapulsación y se envía a la unidad de cuidados coronarios. Después de 2 horas ocurrió una bradicardia repentina y asistolia irreversible.

¿Cuál es la arteria culpable? ¿Cuál es la causa de la muerte?

Más tarde le enviaré los resultados de la autopsia.

Saludos

Raimundo Barbosa Barros



# OPINIONES DE COLEGAS

Queridos amigos de forum: el caso del Dr Raimundo Barbosa Barros que envió sobre arteria culpable digo de entrada que la obstrucción aguda está localizada en una arteria circunfleja, proximal y muy dominante, con LAD, CD muy pequeña (típica anatomía del perro) al cerrar la CX del perro en el laboratorio, se produce muerte instantánea.

Por qué circunfleja? Porque el ST-T en DII es más elevada que DIII

Por qué proximal ? Porque el ST-T DI y AVL están elevados indicando que la primera marginal que irriga la cara lateral alta que se expresa en DI, y anterior alta está expresada en AVL.

La marginal inferior que es dominante irriga V6, a V3, es decir, la cara lateral izquierda (V6) el apex (V5) y el septo inferior (V4) y el medio (V3), V2 es el borde, por esto aparece con ST deprimido, pero con onda T positiva. Será importante recalcar que en estos casos de la CX, el ST va en decreciendo hacia la derecha, mientras que en las obstrucciones de AD el ST -T va en decreciendo a la izquierda. También la CX irriga la cara inferior. Cómo se sabe esto? Porque en las isquemias de la CX, proximal, siempre el ST-T en AVL es siempre más alta que en DI.

Pero en este caso ST-T en DI es más alto que AVL. Entonces cómo se explica esto? Esto se explica por el fenómeno descrito por mí, modestia aparte) denominado como el fenómeno de atenuación, diciendo, cuando hay 2 áreas isquémicas opuestas, (en este caso cara ánterosuperior e ínfero posterior) los signos de isquemias se atenúan, dando esta imagen de ST deprimido con onda positiva en DIII, y ST elevado con onda T invertida en AVL. **NOTAR QUE LA IMAGEN EN AVR ES EN ESPEJO CON V6)**

Es muy probable que este paciente, sufría de COPD, porque los complejos son muy pequeños y las onda P están a la derecha (P pulmonar)

La mortalidad es muy alta en estos pacientes, y los que se salvan, quedan con dilatación e insuficiencia cardíaca severa.

La enfermedad pulmonar, posiblemente de un gran fumador, agravó más el problema

La discusión está abierta

Un fraternal abrazo a todos los que lean este análisis y el poder exclusivo del ECG en estos casos.

Samuel Sclarovsky

Queridissimo Prof. Samuel

Los resultados de la angiografía coronaria: oclusión total de la primera marginal da Cx (arteria causante del infarto), CD pequeña; DA con 70% de oclusion proximal. Los resultado de la autopsia: ruptura miocárdica de la pared lateral con hemopericardio, infarto reciente lateral, inferior y posterior del VI.

Estoy adjuntando las imágenes de la angiografía coronaria  
Un abrazo a todos

Raimundo Barbosa Barros

