

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

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Estimados foristas

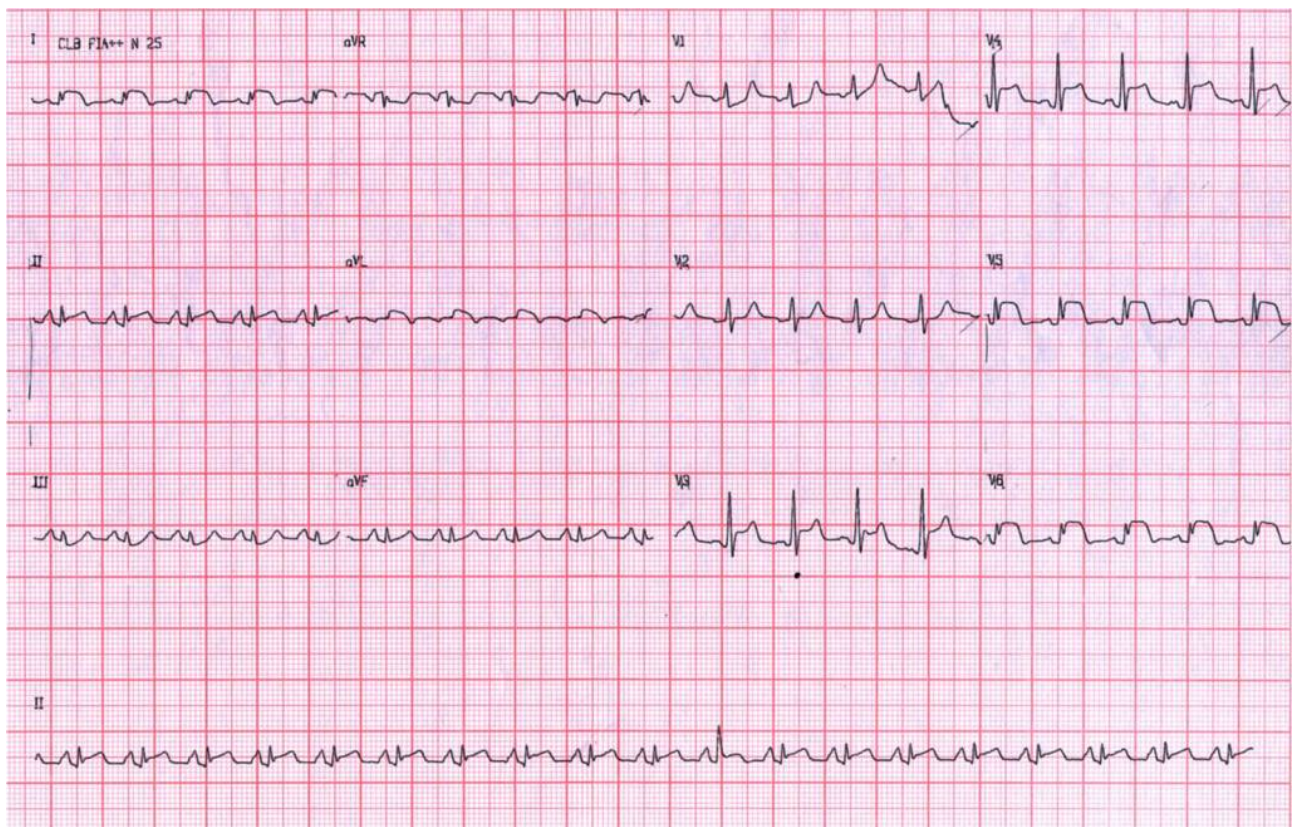
El hombre de 45a fue atendido en la urgencia con dolor torácico constrictivo con <3 horas de inicio y con signos de bajo gasto cardiaco. Sometido a angioplastia primaria con la colocación de stent e implantacion de balón de contrapulsación y se envía a la unidad de cuidados coronarios. Después de 2 horas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

