

50 years old man, with atypical chest pain and progressive dispnea.
Homem de 50 anos com dor precordial atípica e dispnéia progressiva

Case Report from Raimundo Barbosa Barros MD

**Chief of coronary center Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart
Gomes Fortaleza-Ceará-Brazil**

**Caso del Dr Raimundo Barbosa Barros Chefe do centro coronariano do
Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes Fortaleza- Ceará-
Brasil.**

Comentarios do ECG Andres Perez Riera MD PhD

Prezado Prof Andrés: Envio este caso para o foro. masculino, 50 anos, auxiliar de produção, casado, natural e procedente de Maracanaú-CE brasil. História de dispneia progressiva e precordialgia atípica.

QP: “cansaço e dor no peito”

HDA: Refere história de episódios de dor precordial sem irradiação e em pontada e dispnéia progressiva aos esforços de início há 2 anos. Deu entrada na emergência deste hospital no dia 14/06/2011 com quadro de dispnéia ao repouso, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna e dor torácica ventilatório-dependente

HPP: Nega hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, antecedente de tuberculose, cirurgias, transfusões ou alergias ou internações prévias

HF: Mãe viva, 86 anos, com cardiopatia dilatada. Pai falecido, desconhece a causa. Um Irmão hipertenso e diabético.

Exame físico: Peso: 52,5 kg, Altura 1.55m,

Sinais vitais: Temperatura 36.5°, PA 110x60mmHg, FC 72 bpm, FR 36 irpm

Cabeça e pescoço: turgência jugular bilateral

A.C.: ictus visível e palpável com desvio para a esquerda, ritmo cardiaco irregular, bulhas rítmicas normofonéticas c/ B3, sopro sistólico (+++/6+) em foco mitral .

A.P.: Mmuio vesicular presente e simétricos com crepitações difusas

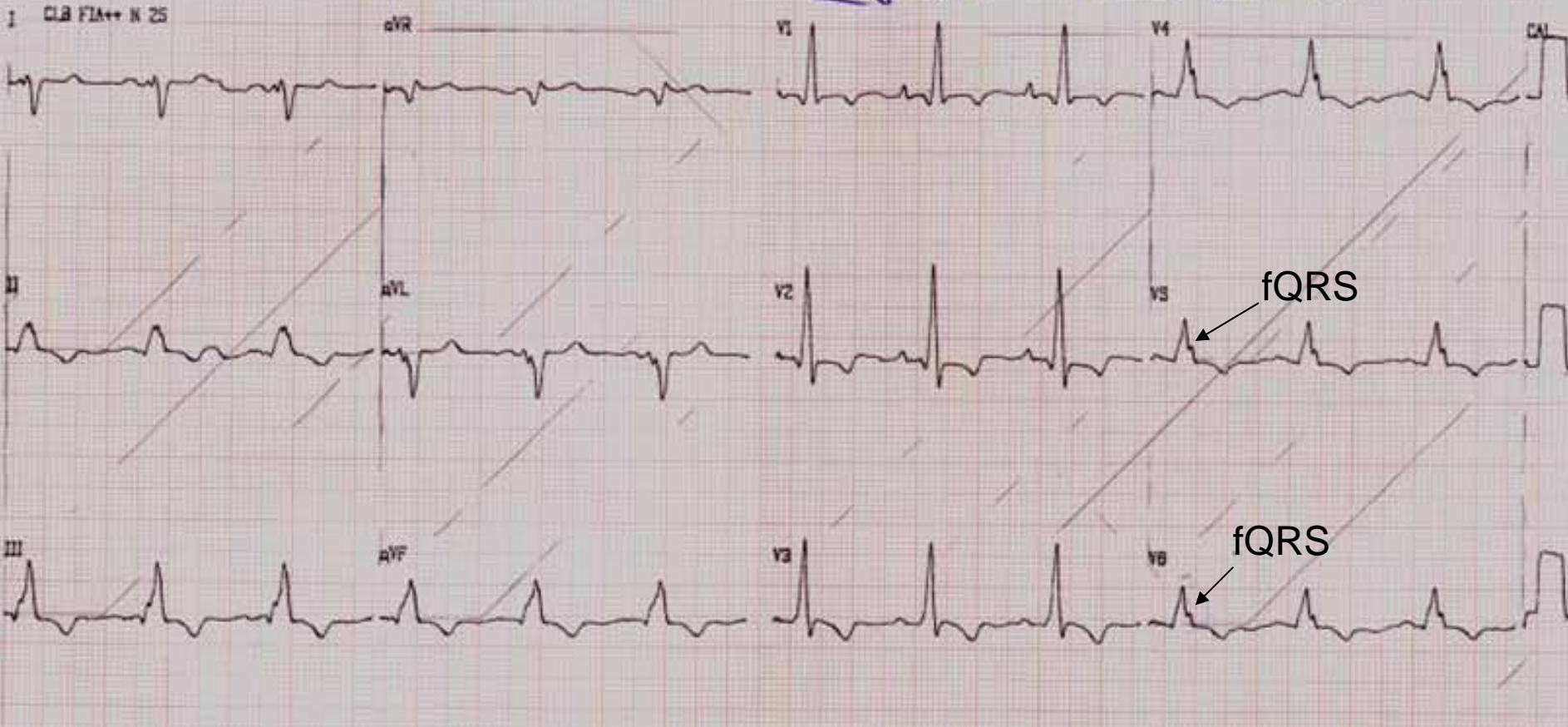
Abdome: globoso, ruídos hidroaéreos +, abdome flácido, indolor á palpação e ausência de visceromegalias

Extremidades: pulsos periféricos presentes e sem edemas.

HS: Já morou em casa de barro em Quixadá-CE

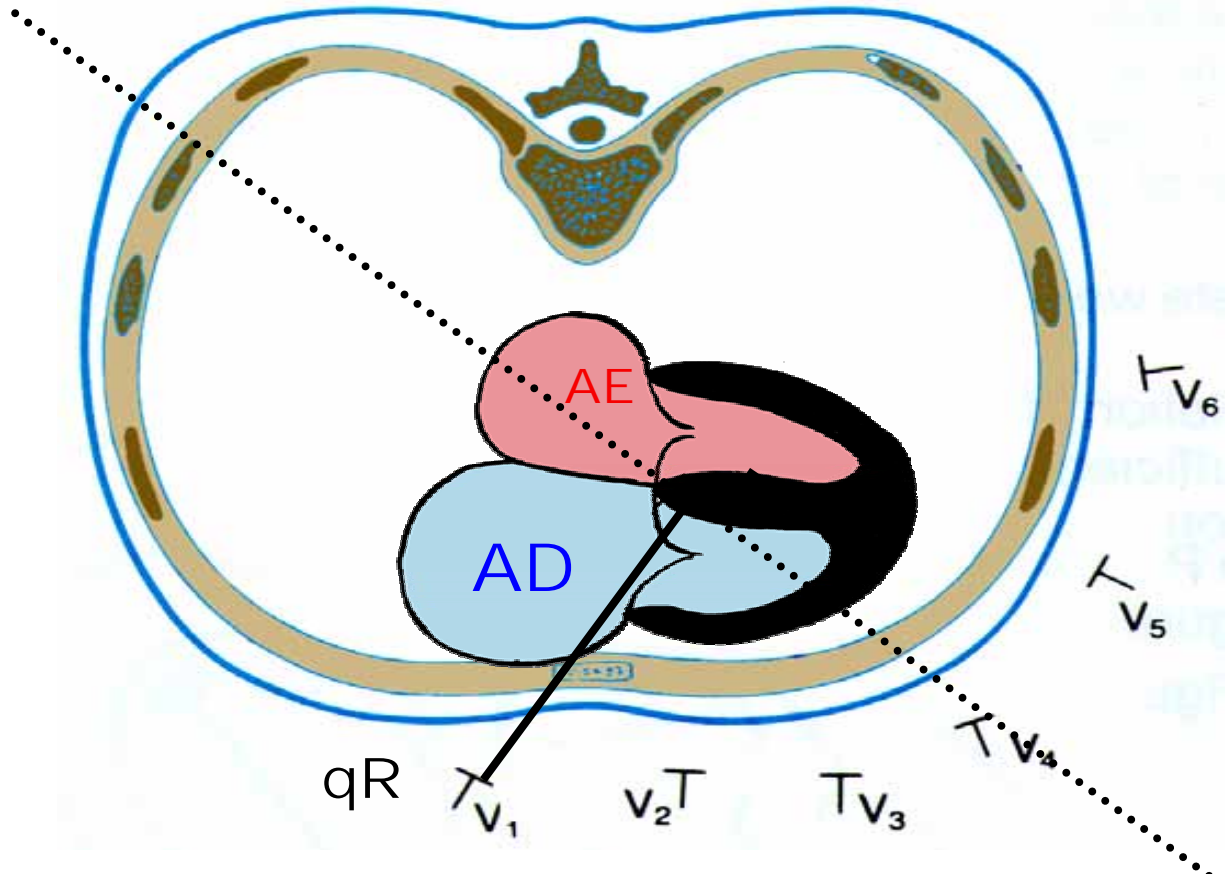
02

28.05.2011 às 8:58h



Ritmo sinusal, FC 75bpm, onda P apiculada em V₁ e V₂ (SOBRECARGA ATRIAL DIREITA (SAD) com eixo próximo de 0° (SOBRECARGA ATRIAL ESQUERDA(SAE) sugere sobrecarga biatrial (SBA). A presença do sinal indireto de Sodi: de SAD (qR, QR or qRs in V₁ and V₂) assinala mega atrio direito. PR 155ms, Eixo elétrico do QRS próximo de +120°(QRS isodifásico minus-plus em aVR), qRs em V₁ e V₂, ondas R proeminentes nas precordiais direitas com padrão de repolarizãõ “tipo strain” assinalando severa SVD tipo A. Baixa votagem das R em região apical(V5-V6) que assinala fibrose apical com QRS que se mostra fracionado fQRS assinalando potencial arritmogénico.

Padrão qR, QR or qRs in V₁ and V₂ Sinal de Sodi

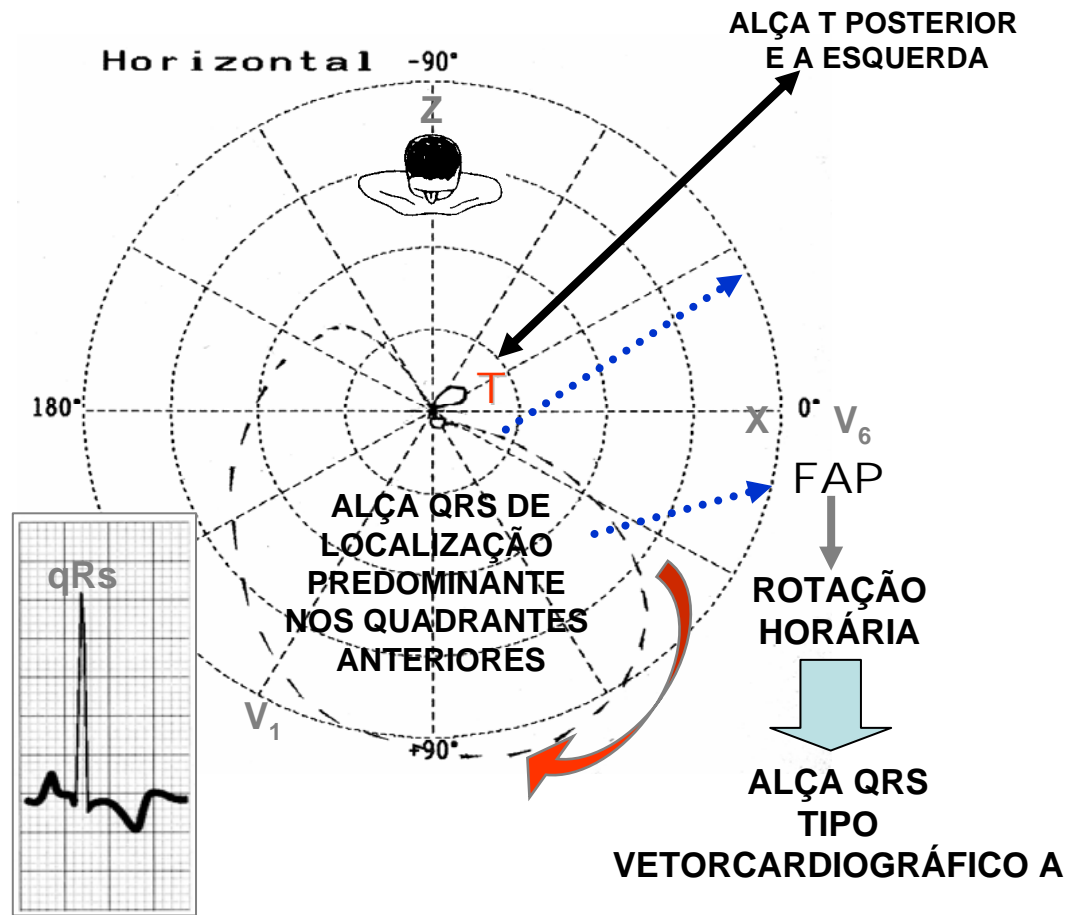


The volumetric increase of the **RA**, gets closer to the exploring electrode V₁, recording initial QRS negativity in this lead, because this electrode records the epicardial morphology of the right atrium. **O aumento volumétrico do AD deixa próximo o eletrodo explorador de V₁ registrando uma negatividade inicial nesta derivação porque registra a morfologia epicárdica do atrio direito.**

1. Sodi Pallares D, Bisteni A, Hermann GR. Some views on the significance of qR and QR type complexes in right precordial leads in the absence of myocardial infarction. Am Heart J 1952;43:716-734.

O padrão qR ou qRs pode assinalar sobrecarga ventricular direita extrema y sugere pressão intraventricular direita supra-sistêmica qR ou qRs em V4R e V₁ -V₂ inversão da ativação septal. Pressão intraventricular direita supra-sistêmica T negativas “primárias” nas precordiais direitas.

HIPOTÉTICA CARACTERÍSTICA DA ALÇA QRS NO PH



FAP: Forças Anteriores Proeminentes.

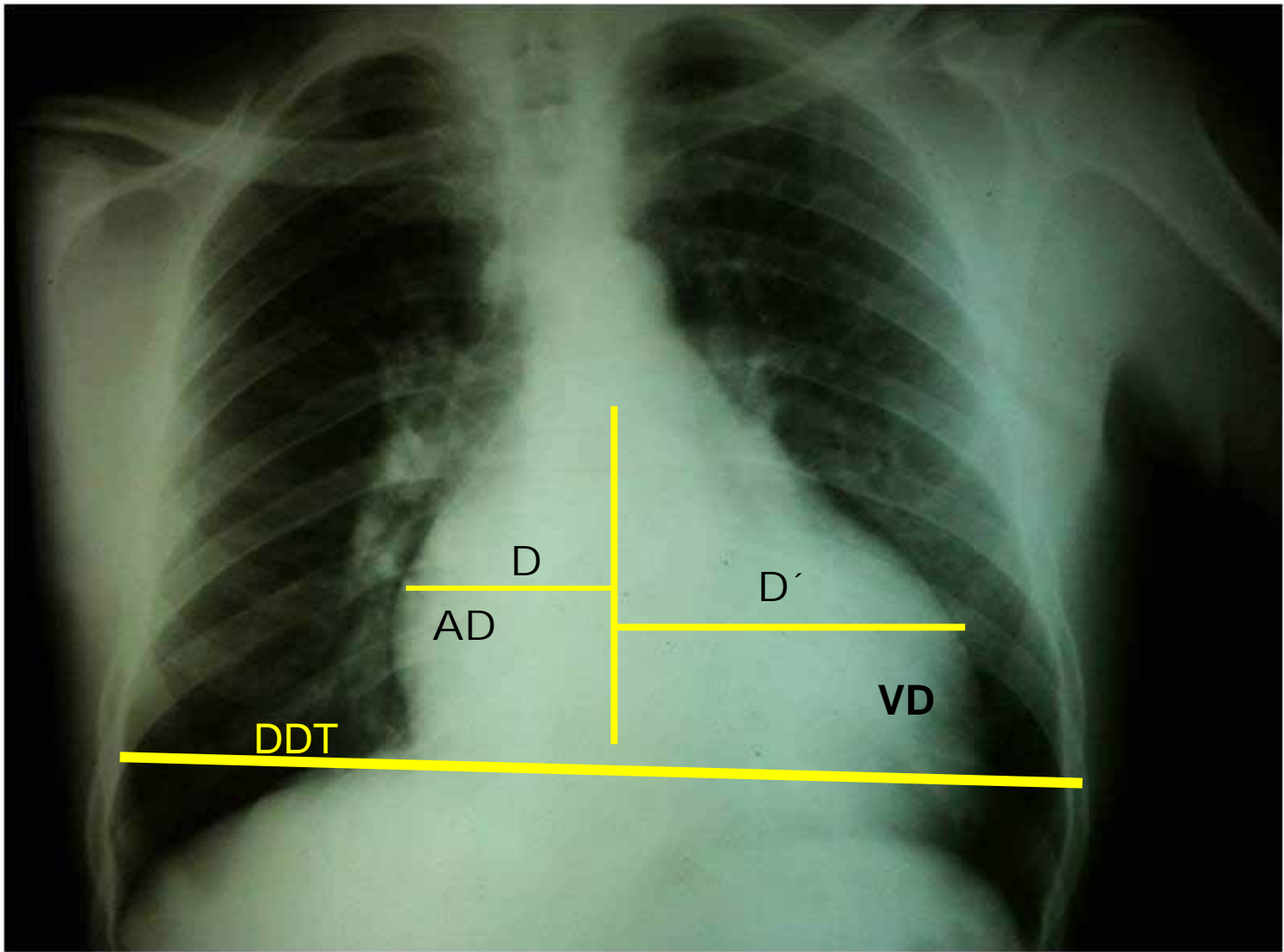
A presença de SVD tipo A Indica severa SVD, alça QRA de rotação horária no plano horizontal e de localização predominante nos quadrantes anteriores, predominantemente no anterior direito.

As forças iniciais podem estar preservadas com convexidade para direita e para frente ou podem dirigir-se para trás e a esquerda, assinalando maior severidade com rotação horária do septo por rotação horária do coração no eixo longitudinal, quando observado desde a ponta.

O fenômeno assinala pressão intraventricular direita supra-sistêmica. Os complexos de negatividade inicial em V_1 ou $V1$ e $V2$ se conhece como sinal de Sodi. Não existe atraso final de condução significativo.

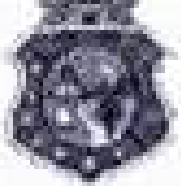
Conclusão

- 1) Sobrecarga atrial direita: ondas P apiculadas em $V1$ e $V2$ e presença do sinal indireto se SAD de Sodi
- 2) Sobrecarga atrial esquerda: eixo de P em 0°
- 3) Sobrecarga biatrial
- 4) Sobrecarga ventricular direita: eixo do QRS em $+120^\circ$ e padrão qRs em $V1$ e $V2$ forças anteriores proeminentes
- 5) Sobrecarga biventricular
- 6) QRS fragmentado
- 7) Baixa voltagem dos QRS em região apical $V5$ $V6$ assinalando severa fibrose da região da ponta.



Cardiomegalia global +++, pedúnculo estreito (normal), pulmões limpos mostram certo grau de hipoperfusão por deficiência da contratilidade do VD, VD++++ , AD>++++

Sorologia positiva para chagas com 2 métodos diferentes. DDT= Diâmetro transversal máximo do tórax. $D+D'$ = DTC diâmetro transversal máximo do coração. Índice cardiotorácico próximo de 0,60.



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ/ SUS
 HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES
 SETOR DE MÉTODOS ELETRÓGRAFICOS



Eco BI-Dimensional com Doppler

Nº Execução:	51223	Nome:	[REDACTED]	Sexo:	Masculino
Data Nasc.:	02/03/1961	Idade:	50 Anos 3 Meses	Data e Hora:	15/06/2011
Medico Solicitante:	Dr(a)				

	Val. Normais		Val. Normais
Peso	62.0 kg	Diâm. VD	36 mm
Altura	156 cm	Fração de Ejeção	<u>23 %</u> = 53%
Superfície Corporal	1,468 m ²	Massa do VE	<u>331 g</u> 94 a 276 g
Diâm. Diast. Final do VE	<u>73 mm</u> 35 a 56 mm	Percent Encurt. Cavidade	11 % -
Diâm. Sist. Final	65 mm 25 a 40 mm	Volume Diast. Final	<u>201 ml</u> 73 a 156 ml
Esp. Diast. do Septo	07 mm 07 a 11 mm	Volume Ejetado	<u>65 ml</u> 54 a 99 ml
Esp. Diast. da PPVE	09 mm 07 a 11 mm	Relação Volume / Massa	1,16 ml/g 0,45 a 0,90 ml/g
Aorta	28 mm 20 a 37 mm	Volume Sistólico	<u>216 ml</u> 16 a 57 ml
Átrio Esquerdo	<u>51 mm</u> 20 a 40 mm	Índice de Massa do VE	120,67 g/m ²

Fração de ejeção= 23%(disfunção sistólica severa), diâmetro diastólico final de VE 73mm(normal até 56mm), diâmetro sistólico final 65mm(valor normal até 40mm), espessura diastólica do septo 7mm, espessura diastólica da parede posterior 7mm. Insuficiência mitral severa com atrio esquerdo moderadamente aumentado 51mm(normal até 45mm). Disfunção sistólica do VD e insuficiência tricúspide moderada.

Nº Execução:	51223	Nome:	[REDACTED]	Sexo:	Masculino
Data Nasc.:	02/03/1961	Idade:	50 Anos 3 Meses	Data e Hora:	15/06/2011
Médico Solicitante: Dr(a)					

PERICÁRDIO

Aumento fisiológico do líquido pericárdico.

ANÁLISE DE FLUXO PELO DOPPLER

Regurgitação pulmonar mínima. Padrão considerado fisiológico.

Padrão de fluxo mitral compatível com diminuição da complacência ventricular esquerda.

Área de fluxo regurgitante mitral compatível com insuficiência importante.

Área de Fluxo regurgitante no átrio direito compatível com insuficiência tricúspide moderada.

ANÁLISE PELO MAPEAMENTO DE FLUXO EM CORES

Discreta regurgitação pulmonar com características fisiológicas.

Área de fluxo regurgitante mitral compatível com insuficiência mitral severo.

Área de fluxo regurgitante tricúspide compatível com insuficiência de grau moderado.

CONCLUSÃO

- Dilatação global das câmaras cardíacas.
- Hipocinesia difusa importante do VE.
- Disfunção sistólica importante VE. FE 23%.
- Disfunção sistólica do VD.
- Disfunção diastólica grave do VE. (Padrão restritivo).
- Insuficiência mitral importante.
- Insuficiência tricúspide moderada (PSAP 41mmHg).
- Aumento fisiológico do líquido pericárdico.

Hospital de Messejana

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará / SUS

Serviço de Métodos Gráficos

Fone: 85 3101-4074

Relatório de Holter

Nº do Exame
1RI-04461

Paciente:

~~Francisco Ozem Cardalino Pereira Lima~~

Data do Exame: 1/7/2011 10:11

Código
1RI-03756

5 - Laudo Médico

Extrassístolia supraventricular:

- Isoladas (206); pareadas (0) e surtos de TSVNS (1).

Extrassístolia ventricular:

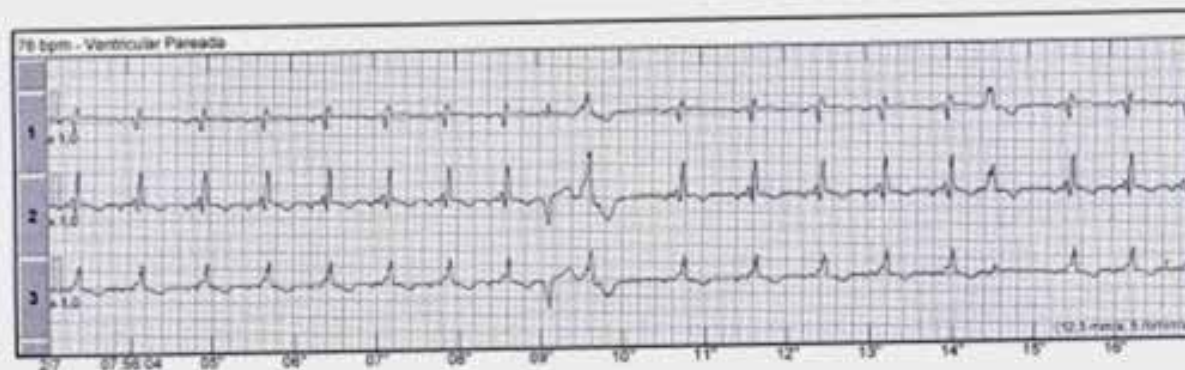
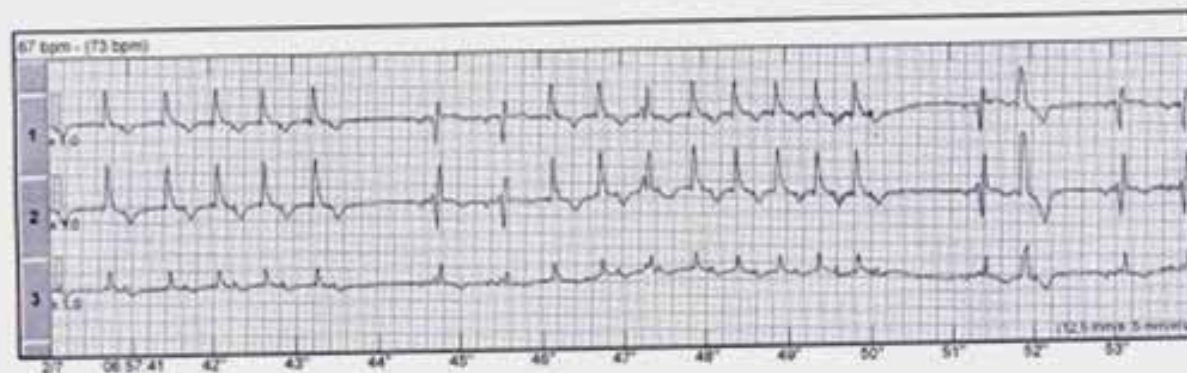
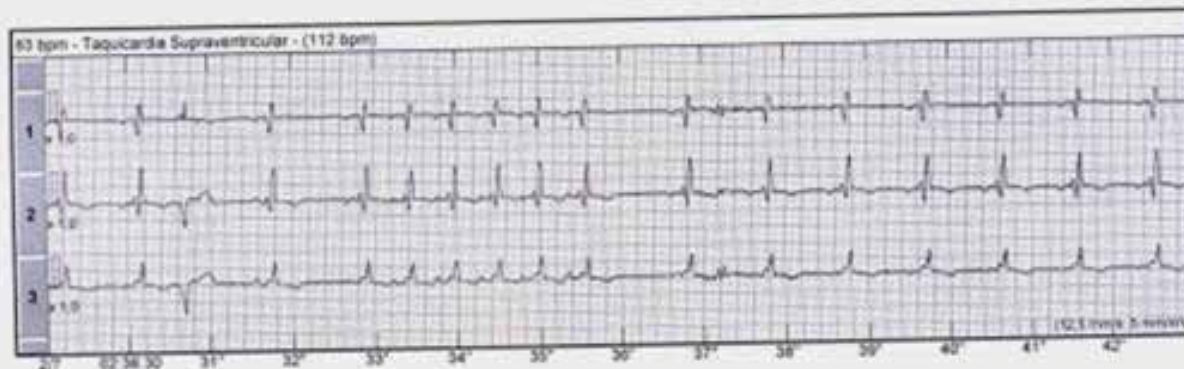
- Isoladas (5657), pareadas (166) e surtos de TVNS (5)

Condução AV-IV inalteradas. Pontos J estáveis.

CONCLUSÃO: Ectopia Ventricular frequente com TVNS

Ectopia Supraventricular pouco frequente com TPSV

Nº do Exame 1RI-04461	Paciente: F. [REDACTED] Data do Exame: 1/7/2011 10:11:16	Código 1RI-03756
---------------------------------	---	----------------------------



Es muy interesante ese trazado ECG. Lamentablemente sólo tenemos que: es un varón, de 50 años con dolor de pecho atípico y disnea progresiva. Pienso que algo podemos agregar a dichos pocos elementos mirando el trazado, el cual presenta los siguientes elementos: - Ritmo sinusal; FC normal: - En el plano frontal: Complejos ventriculares de bajo voltaje; Eje Eléctrico desplazado a la derecha, con HB Posterior izquierdo y BRD; con el agregado de S1Q3T3 ?; R melladas en algunas derivaciones - En el plano Horizontal: P mas plus que minus en V1; T negativa desde V1 en adelante; R melladas desde V4 a V6; Importante R desde V1 a V3; En presencia de BRD y al teras. en las porciones finales de la repolarización ventricular, deberíamos observar importantes Q de necrosis aguda, y en ese caso deberíamos ver las imágenes de onda de lesión con importante supra ST, que aquí no están presentes; salvo que en v1-2 no hay r del rsR' del BCRD y que allí vemos qsR ? Conducción A-V: Normal QRS: BRD+HB Posterior izquierdo, con eje extremadamente a la derecha; ST-T: alteraciones del ST-T en las cara inferior y toda la cara anterior, a excepción de DI y AvL; éstos trazados pueden hacer pensar en 1) TEPA 2) dudoso para coronariopatía aguda, Puedo equivocarme en el análisis de éste interesante trazado ECG; pero las cosas son así; Si tuviera que arriesgar una HD, me animaría pensar en TEPA vs coronariopatía aguda; Desde luego ayudaría los gases en sangre arterial, CKMB, CK, LDH, Rx Torax, y sobre todo un Ecocardiograma para ver las dimensiones del VD, la AD, la AI, el VI, septum paradójal, I. Tricuspídea, CIA, PSAP, F. de Eyección; descartar derrame pericárdico, descartar alteraciones segmentaria de la contractilidad, descartar HVI;

atte: Carlos A Soria S.

Querido Soria No conozco el diagnóstico mas hay un elemento que el gran Rosenbaum decia siempre: " el diagnóstico de LPFB (HBPI) obligatoriamente tiene que ser clinico-electrocardiográfico, es decir no es posible de hacerlo en presencia de corazón longilíneo en gota, sobrecarga ventricular derecha e infarto lateral". Si el paciente como usted dice tiene un posible TEPA (Tromboembolismo Pulmonar Agudo) esta condición supone una sobrecarga derecha aguda, por lo tanto el diagnóstico de LPFB no es posible.

Queridos amigos del forum tratare de analizar este ECG del Dr Raimundo Barbosa Barros Todas las manifestaciones electricas estan entrelazadas , y no son reciente. La desviacion del eje a la derecha hace sospechar de una dilatacion del ventriculo derecho (esto podria ser un infarto de la base cardiaca , pero no es ,estos vienen sin q en DIII y con q en DI y AVL) El notched inicial enDIII ,y AVL indican un proceso fibrotico en la cara inferior del vent izquierdo. Las ondas q en v1 ,v2 sugieren una hipertrofia septal derecha , o septal alta izquierda , pero la onda R alta en V1 y V2 sugieren una hipertrofia vent derecha con sobrecarga sistolica El notch descendente en V4 ,V5 ,V6 sugiere que el la conduccion en la parte superior del vent izquierdo sugiere un elemento fibrotico. Las ondas T invertidas en forma no segmentaria sugiere un fenomeno no isquemico sino cardiomyopatico general

Las ondas P estan casi borradas en las derivaciones de los miembros sugeriendo in proceso fibrotico de la larga duracion en la auricula izquierda , pero la onda P en V1 ,V2 es puramente auricula derecha ,a pesar que el eje de la P no esta desviado a la derecha La onda que se ve entre la P y la q en v1 , podria ser la onda T de I a P derecha

Ante este ECG y yo teniendo el enfermo enfrente mio , lo primero que hago es es estudiar los latidos venosos del cuello y buscar la onda A y la onda Y y Z, y, palpar el higado y las piernas buscando edema , Porque ? Porque este ECG puede corresponder a una pericarditis constrictiva , talvez calcificacion por TBC Pero si no veo congestion derecha , me tendre que buscar otra patologia que me de este tipo de lesion izquierda y compromiso derecho y aqui es puede barajar muchos diagnostico , lo que me parece que no es isquemico o congenito , lo unico que podria pensar como congenito seria es una comunicacion intraauricular de larga duracion Como dice nuestro querido Profe Andres Ricardo de errores tambien se aprende

Un fraternal abrazo a todos los amigos del forum

Samuel Sclarovsky

Hipertensión pulmonar severa o estenosis valvular pulmonar

Jorge Marin

Sobrecarga aguda de cavidades derechas.

saludos al Foro

Carlos Lavergne NEUQUEN PATAGONIA ARGENTINA