

Trazado ECG de mujer de la que no se envían datos clínicos sino tardíamente – 2010

Dr. Martín Ibarrola

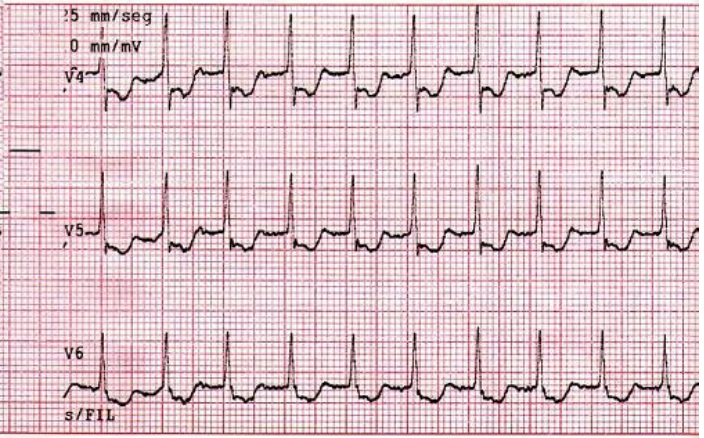
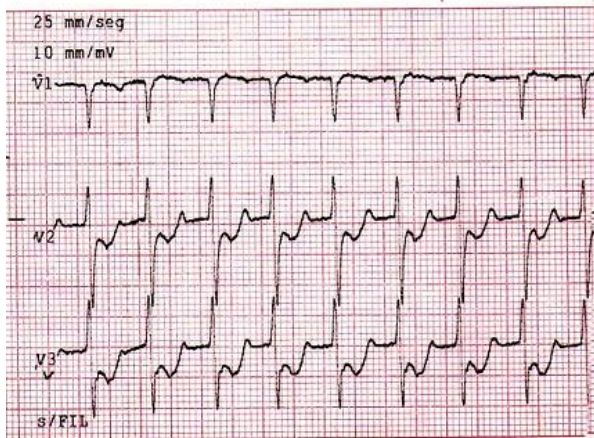
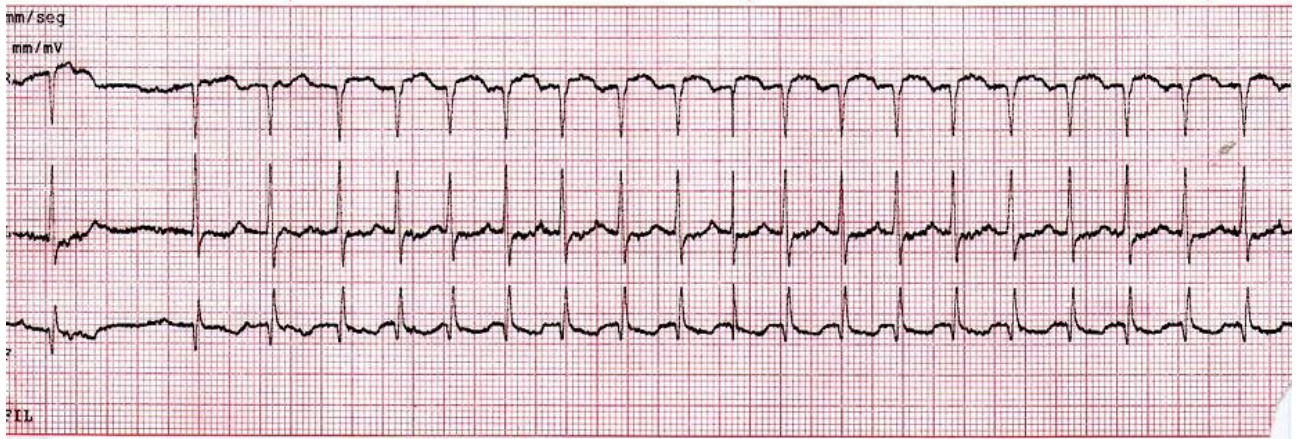
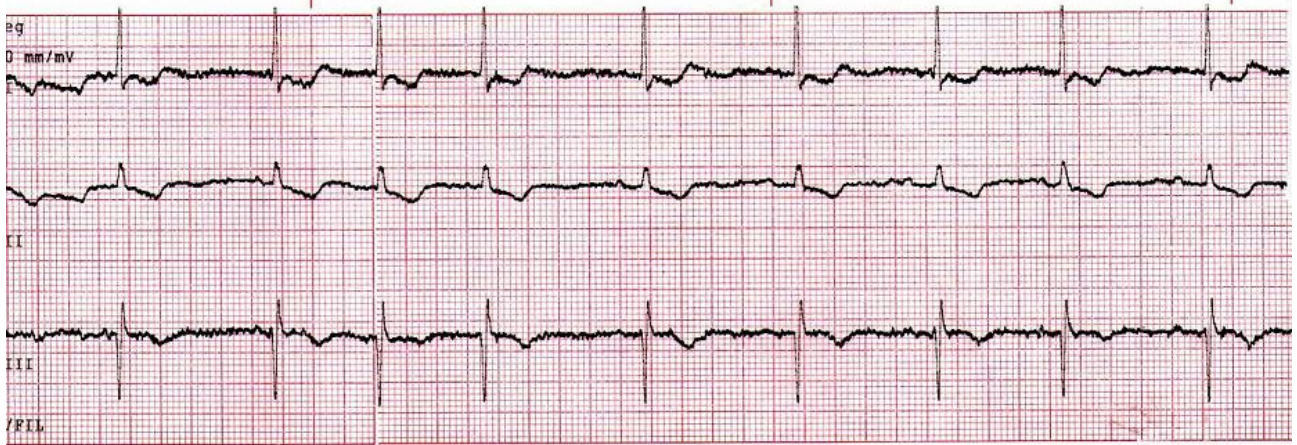
Estimados integrantes del foro:

Envío este ECG de una paciente femenina que visité en su domicilio.

¿Qué impresión diagnóstica del ECG? Prometo completar los datos que faltan y segundo ECG obtenido.

Saludos a todos

Martin Ibarrola



OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Martín, primero me sumo a toda la alegría por nuestros hermanos mineros chilenos rescatados!!!!

Querido amigo, vamos a tu caso, como siempre no mandás ningún dato y empezaremos a adivinar en lo posible, si te llamaron seguro es porque la señora no se ha sentido muy bien, y a mi entender tiene algo grave, espero la hayas internado (seguro que si)

Seguramente concurriste porque la paciente tiene dolor de pecho, sudoración, malestar general y seguramente disnea y palpitaciones, ECG comienza con ritmo sinusal con algunas extrasístoles auriculares y un IAM en curso, con supra ST en cara inferior, mayor en III y ondas q, según el fantástico concepto de Samuel, a mi entender tiene además lo que él denomina remodelamiento patológico, con infra ST no in decrescendo (o sea aumentando) desde V1 a V6, máximo en V3, V4 y algo en V5, esto probablemente se deba a lo que él denomina isquemia circunferencial, y probablemente tenga además de oclusión de la coronaria derecha, una oclusión crítica de la DA o enfermedad de 3 vasos.

Además mientras realizas el ECG impresiona luego de una extrasístole auricular, inducirse una taquicardia auricular o un aleteo auricular, y esto sin dudas está relacionado a la isquemia, ya sea por afectación isquémica auricular o y tal vez lo más probable por aumento grave de la presión de fin de diástole del ventrículo izquierdo, y si no entró en EAP, seguro está cerca.

Si me equivoco pido disculpas, pero intenté seguir un razonamiento más o menos racional del ECG, imaginando la situación de la paciente, sin dudas hay que internarla y cinecoronariografía de urgencia, a mi entender este cuadro es muy grave.

Saludos,

Francisco Femenia

En el inicio del trazado se observa Ritmo Sinusal con un PR levemente aumentado (0.24 seg) (BAV 1º G) con salva de Extrasístoles Supraventriculares (PR variables, menores al basal, posiblemente cercanos al septo) Luego se inicia taquicardia QRS estrecho, con variabilidad inicial en el PR, sin alargamiento previo del mismo, con disminución paulatina del ciclo (warming up). En V5 y V6 se observa posible actividad auricular 2:1, todo lo que orientaría hacia Taquicardia Auricular.

A ver qué opinan los maestros..

Saludos

Laura Portillo

Martín: No nos cuentas datos filiatorios ni otros antecedentes. Sería bueno conocer siempre una breve historia clínica acompañando a los trazados que enviamos al foro. Personalmente no estoy de acuerdo con ver sólo los trazados, pues el diagnóstico es un edificio que se construye desde los cimientos, y el cimiento de todo diagnóstico sigue siendo la historia clínica.

De todos modos, veo en el trazado fibrilación auricular que en un momento aumenta la frecuencia, con signos de isquemia de cara inferior y con infradesnivel del ST y T negativas en precordiales.

Una vez lo escuché decir al Maestro Sclarovsky que cuando uno ve estos casos no debe perder el tiempo y debe ordenar una cinecoronariografía.

Veremos qué opina esta vez.

Saludos.

Luciano Pereira

Apreciados colegas, me uno a las felicitaciones por parte de todo el colectivo médico que trabaja conmigo a todos los mineros y el país completo de Chile.

En el ECG se observa un ritmo sinusal con extrasístoles auriculares (un par en el 3 y 4 complejos) desencadenando posteriormente a un flutter auricular 2:1. Además de esto presenta un infradesnivel del ST en caras ántero-apical y lateral. La paciente seguramente se encuentra en situación de edema agudo de pulmón y supongo que se le realizó un cateterismo + stent a la lesión en la DA proximal.

Saludos,

Dr. Oswaldo Londono

Centre Mèdic i Cardiològic

Barcelona

Outra coisinha Eu sou Pérez Riera e não Peres Riera, No se por qué mas en Brasil todo el mundo me escribe con s Quando saque mis documentos de estrangeiro veio errado o que me proporcionó uma grande dor de cabeça. Finalmente acabo de escrever aos meus partners que quando coloquem meu apellido (sobrenome) aos fins de publicação devem fazer-lo com um ifem

Pérez-Riera e não Pérez Riera sin el (–) porque me avisado tarde que los yanquis a los apellidos hispánicos compuestos solo colocan los dos si está escrito así: Pérez-Riera, mas se está escrito así: Pérez Riera automáticamente paso a ser Riera e no Perez Riera.

Yo tengo esa desgracia 40% de mis manuscritos indexados ao pubmed estan como Riera e 60% como Perez Riera de manera que si alguien procura para saber lo que yo he publicado piensa que he publicado mucho menos de lo que en la realidad publiqué.

Abraços

Andrés Pérez-Riera.

Estoy de acuerdo con el Dr Femenia: el ECG presenta extrasístoles auriculares, infradesnivel del ST; con respecto a la arritmia, parece un flutter 2 a 1 en el ST en V5 y V6 parece observarse una onda P, opino que puede tener una lesión en la descendente anterior en la región proximal y necesita una coronariografía previa reversión de la arritmia.

Dr. Manuel Cano, saludos

ECG con fibrilación auricular, eje QRS: +20°, aunque por momentos ritmo sinusal. En AVL y AVF respuesta ventricular (160 x min.) de alta frecuencia y de V2 a V6 isquemia extensa, y R amputada en V1 (¿fibrosis antigua?). No sería de extrañar también en cara lateral alta (DI y AVL). Clínicamente es posible que haya estado descompensada (EAP).

Saludos

Eduardo Quiñones

Estimados Colegas: pido perdón por la falta de datos. Tienen razón; perdón Luciano y todos.

Paciente femenina de 72 años con antecedentes de FA crónica, ACV previo hace 6 años con secuela BC derecha (plejía). HTA. Medicada con digoxina 1 por día, bisoprolol 2.5 mg día, enalapril 2,5 mg día, atorvastatina, lasix 1 por día, anticoagulada desde hace 6 años.

Dado que presenta disnea CF III/IV y episodios de ortopnea (se encuentra postrada en cama, en buen estado general) de una semana de evolución, con tos productiva. Afebril. No refiere angor.

Fue asistida en guardia el día previo por dicho motivo presentando PO2 56, SAT 88%, alcalosis metabólica, hiperkalemia. medicada con 2 lasix Iv y oxigenoterapia mejoría de su disnea y reenviada a su domicilio.

EF 110/60. En buen estado general, lúcida OTE. R1 R2 disminuidos de intensidad R3 presente. Taquipneica 24 por min. Crepitantes bibasales hasta campos medios. Rales gruesos y sibilancias diseminadas. Soplo tubario en base derecha. Buena perfusión periférica. Sin Edemas periféricos.

Al mobilizarla (sentarla) presenta tos con espectoración mucopurulenta y descompensación hemodinámica, estuporosa. En unos minutos se recupera y es derivada a internación.

No me impresiona una FA a pesar del diagnóstico previo, presenta a mi juicio al inicio ritmo sinusal con PR prolongado, signos de sobrecarga VI con secuela inferior.

Esos son los datos clínicos, ¿no les impresiona que comienza con RS con PR prolongado y ESV y luego presenta una taquiarritmia? Regular. No me impresiona un flutter auricular, no hay ondas que deformen el QRS, Si me impresiona en V5 y V6 donde esperaríamos una onda P positiva. Al final del QRS impresiona inscribirse una onda P negativa, lo que me hace pensar taquicardia de la unión AV. No encuentro criterios para pensar en FA. Obviamente en la taquicardia presenta injuria subepicárdica extensa. V5 y V6 conociendo la medicación me sugieren signos de intoxicación digitálica.

Realmente me interesaría conocer sus opiniones.

Saludos

Martin Ibarrola

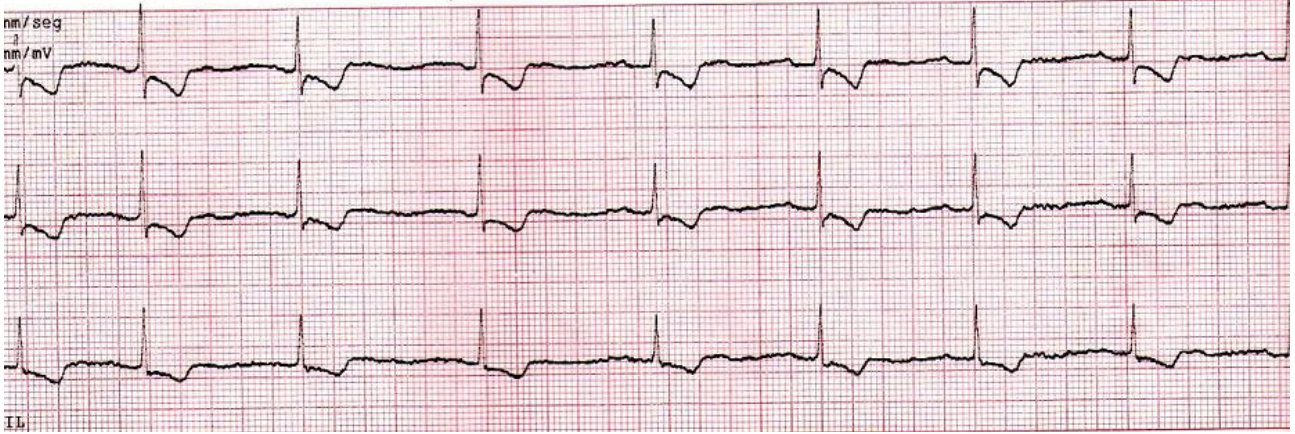
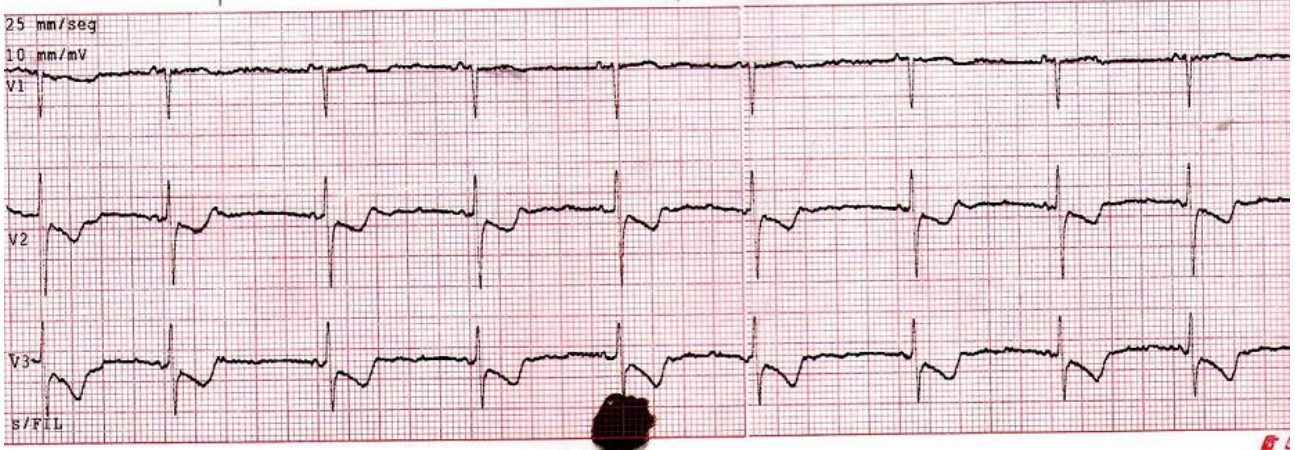
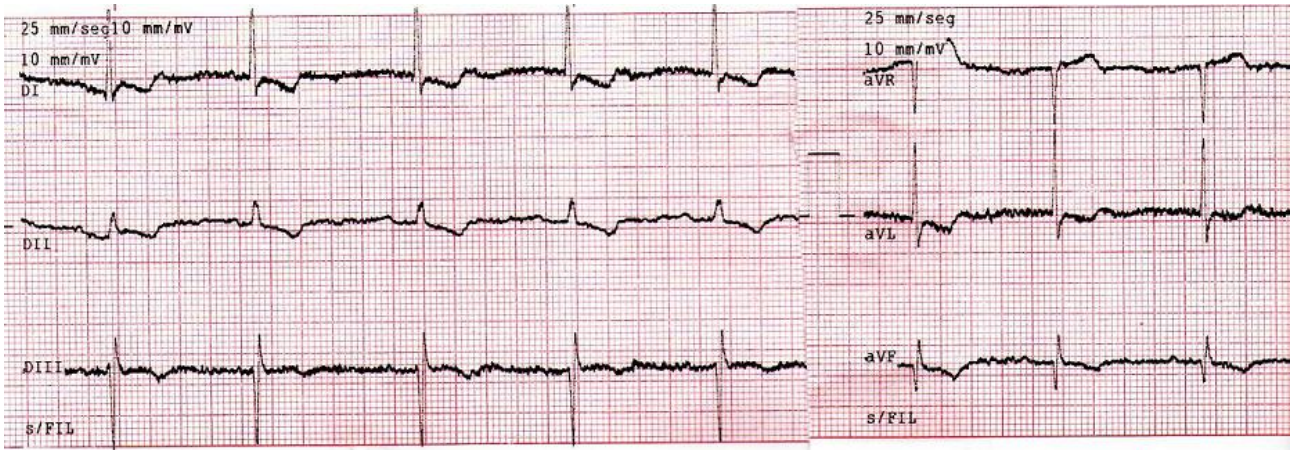
PD luego adjunto el segundo ECG

Estimados todos: les envío el segundo ECG, ¿qué les impresiona? ¿Diagnóstico?

Ahora les he dado todos los datos de que dispongo.

Saludos

Martin Ibarrola



Yo aprecio sobre todo en DII ondas P cambiantes en su morfología, igualente PR de diferente tamaño oscilando desde .12 a .24, RR también cambiantes, lo que sugeriría ritmo auricular caótico, en aVR inicia taquicardia los primeros latidos acelerándose paulatinamente para finalmente quedar como una taquicardia de QRS estrecho a una frecuencia fija de 180 x min. con posterior desaceleración, esto sugeriría una taquicardia automática, finalmente descenso del ST en 7 derivaciones, con ST supradesnivelado en aVR lo que sugiere enfermedad del tronco de la coronaria izquierda
Aunque más remoto y sin datos clínicos que orienten veo imagen S1 Q3 T3, con el infradesnivel del ST de V1-5 no descartaría proceso tromboembólico agudo

Luis Gómez