

Hombre de 50 años con ángor prolongado que presenta insuficiencia cardíaca y taquiarritmia – 2011

Dr. Diego Sanchez Gelós & Prof José Milei

Estimados amigos del Foro,

Les envío el caso presentado en el último ateneo realizado del Centro de Arritmias del Instituto de Investigaciones Cardiológicas "Prof. Dr. Alberto C. Taquini" y que fuera comentado por el Dr. Jorge González Zuelgaray.

Se trata de un hombre de 50 años que comenzó en forma repentina con angor prolongado. Consultó a un centro asistencial presentando cuadro de insuficiencia cardíaca asociado a taquiarritmia. El paciente no refirió antecedentes cardiovasculares ni estar bajo ningún tratamiento. Se realiza ECG (Fig. 1).

Dos horas mas tarde, presentó descompensación hemodinámica realizándose un segundo ECG (Fig. 2), seguido de paro cardio-circulatorio.

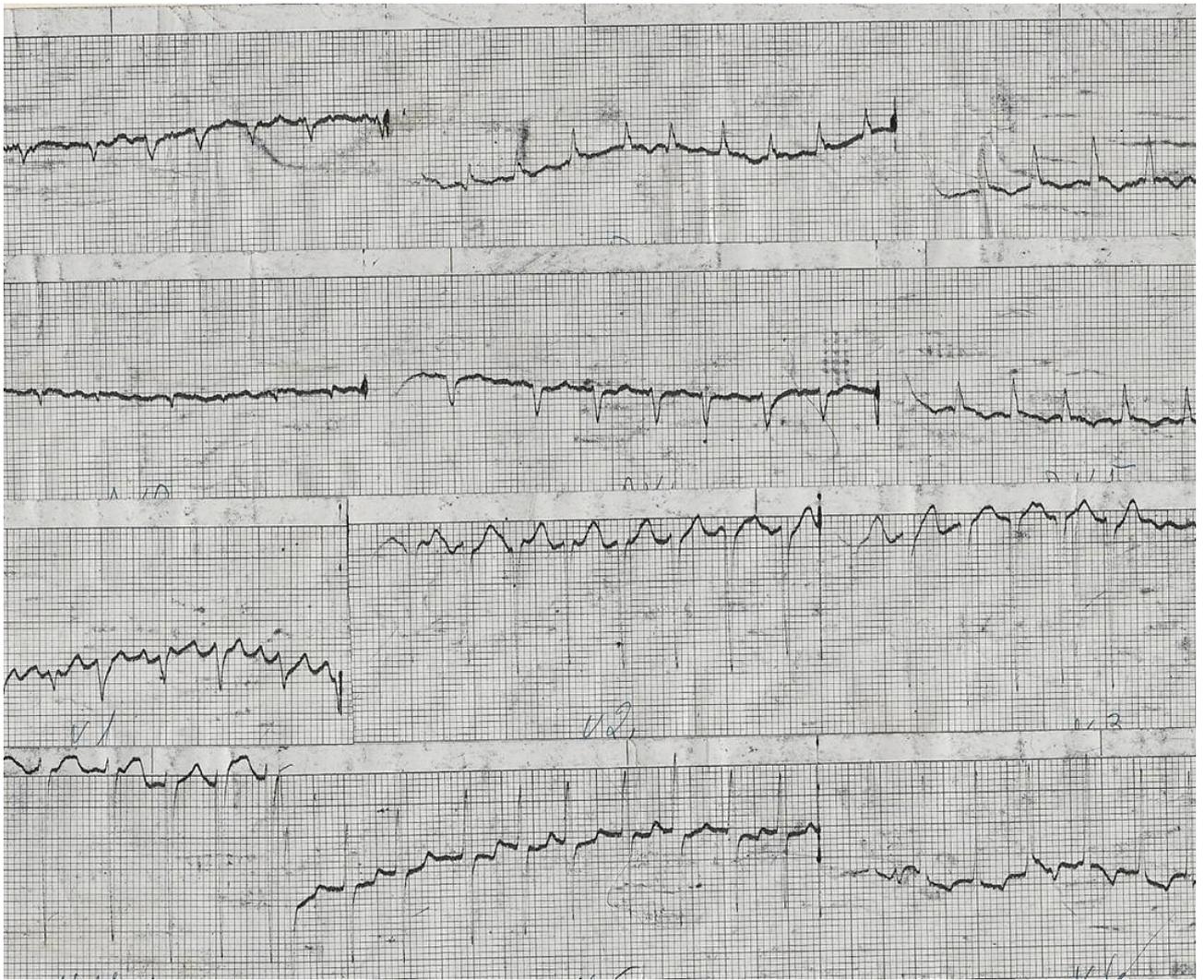
Se realizó estudio anatomopatológico.

Los saludo muy cordialmente,

Diego Sanchez Gelós

Instituto de Investigaciones Cardiológicas "Prof. Dr. Alberto C. Taquini"

(UBA-CONICET)



Saludos

Francisco Femenia

Queridos amigos del forum, con vuestro permiso voy analizar este caso complicado del profesor Jose Milei

Comenzaré con el segundo trazado que muestra una fibrilación auricular de alta frecuencia ventricular.

Los complejos ventriculares sugieren una hipertrofia ventricular posterior y lateral, muy probable, por una sobrecarga sistólica muy crónica, como ser enfermedad valvular aórtica combinada, probable con insuficiencia mitral, o hipertensión arterial con otra combinación

La hipertrofia posterior se manifiesta por los vectores precordiales orientados hacia atrás, expresándose en ondas S profundas.

En el diagnóstico diferencial debería pensar en un infarto anteroseptal transmural, remodelado, pero por mi experiencia las S,s no son tan profundas, no pasan generalmente, los 20 mm y en este caso las s en V3 son de 30 mm.

La hipertrofia lateral lo muestra la ondas R altas en V6, con depresión del segmento ST-T

La desviación del eje frontal a la derecha, indica un infarto basal alto, pero no agudo, este pattern aparece generalmente después de 72 horas de un infarto.

Lo más apropiado es que este paciente andaba deambulando con un infarto anterior de más de 15 días en presencia de una hipertrofia severa del ventrículo izquierdo.

¿Por qué digo más de 15 días?, porque la taquicardia ventricular de reentrada, no aparece antes de 2 a 3 semanas, hasta que no se forme la cicatriz fibrótica alrededor de la lesión; estas taquicardias son raras en infarto agudo.

La taquicardia ventricular está originada en la cara posterior del ápex, (el eje frontal alrededor de -100 grados que es raro, porque en los infartos anteriores, taquicardias ventriculares desvía el eje frontal a la derecha, lo que me hace titubear en el diagnóstico

También los altos complejos de la taquicardia en V1, V3 indica también que el séptum está hipertrofiado, y no necrótico.

Lo más seguro en este caso es el infarto reciente en la base cardíaca, que desvía el eje a la derecha; este fenómeno no se ve generalmente en las hipertrofias basales.

Muy probable es que la cavidad izquierda era muy pequeña y al aumentar la presión diastólica por el flutter tan rápido indujo a un edema de pulmón intratable.

Con respecto a las coronarias, es probable que la única arteria obstruída es la primera diagonal.

Para andar tanto tiempo con esta hipertrofia sin sufrimiento, debe tener coronarias muy desarrolladas y amplias, como ocurre en las estenosis aórtica con gradiente alto. Y asintomáticos, las coronarias en este caso son muy permeables.

Profesor Milei, ¿no tiene otro caso más fácil?

Pero de todos modos es un caso para aprender,

Gracias por presentarlo.

Samuel Sclarovsky