

Paciente femenina de raza negra de 54 años que consulta por fatiga – 2007

Dr. Carlos Domínguez

Saludos a los colegas.

Primera vez que envié una consulta por esta vía aunque hace mucho vengo siguiendo este excelente foro.

Se trata en una mujer de 54 años de edad, Haitiana quién consulta por fatiga de esfuerzo CF I-II.

No presenta factores de riesgo coronarios. Ruidos cardiacos normales, no soplos audibles, normotensa, Fc-65 lpm.

La pregunta es si es un bloqueo Mobitz II, o es un Wenckebach ya que en el latido previo a la segunda onda P no conducida se alarga el PR pero en la primera onda P no conducida el PR se mantiene?

¿Qué conductas sugieren seguir?. Ya se solicito un Holter

Dr. Carlos Dominguez

República Dominicana

2

02/05/2007 08:36:19 PM

Femenino Raza: n

PS:

Dept: Consulta

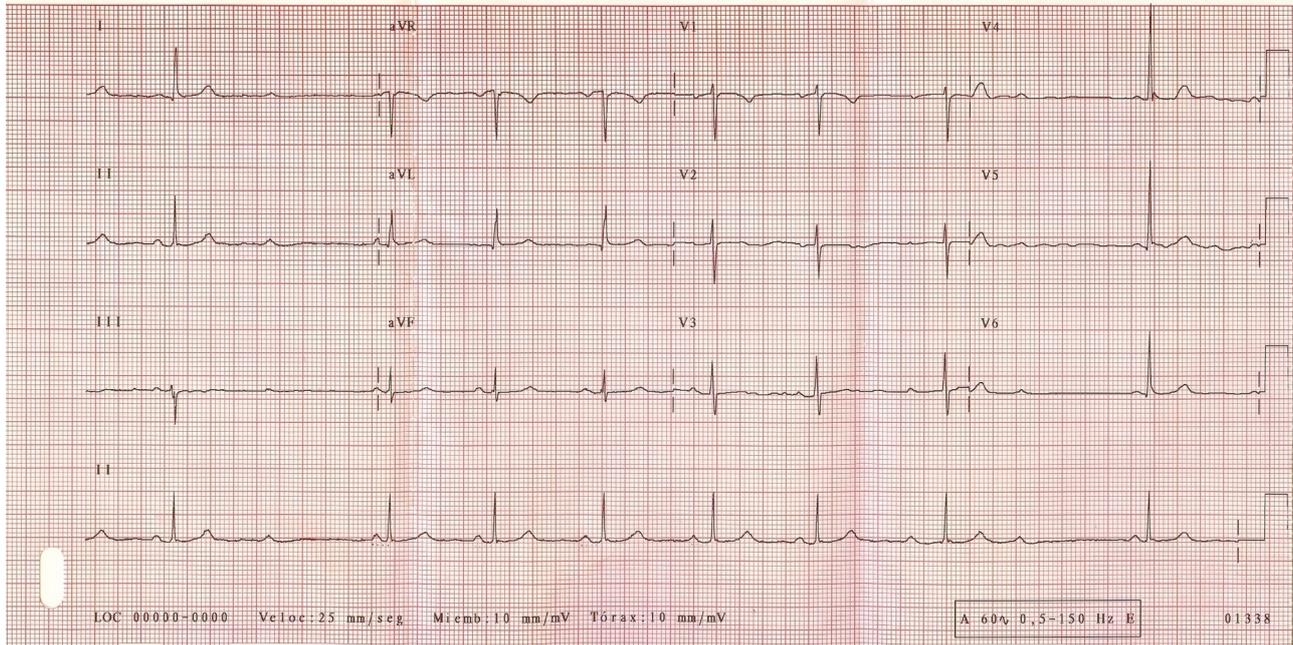
Med:

Hab :

Dgs:

Oper: Rosa

Solicitado por:
Dr Dominguez



OPINIONES DE COLEGAS

Saludos estimado Dr. C. Domínguez y FORO: Me parece observar un Bloqueo AV de II° Mobitz I con ciclo de Wenckebach 7:6, pero me llama la atención que en el último latido del ciclo que precede al 7:6 que observamos en el DII largo, el intervalo PR es normal (150 ms), o sea, esperaría verlo más alargado o tanto como el último int. PR del ciclo 7:6, que podría medir entre 300 y 310 ms. ¿Es posible que el trazo que nos muestra viniera precedido de ritmo sinusal (Usted menciona

ruídos cardíacos normales, o sea, que los escucha regularmente, ¿es así?); y si es así, entonces el trastorno que vemos es intermitente.

Tengo unas preguntas: ¿Desde cuándo presenta la Sra. haitiana su fatiga de esfuerzo? ¿Presión arterial en la consulta? ¿edema bimalear o más arriba? ¿Es obesa o ha aumentado su BMI en los últimos meses, o la ropa le queda más ajustada que antes? ¿toma alguna medicación regularmente? ¿Signos de anemia, o laboratorio disponible para una biometría hemática?; ¿Dispone de Aparato de Rayos X en su clínica para un Tórax PA?, y aunque hoy en día, algunos lo pueden considerar rudimentario, para nuestros hospitales tercermundistas sigue siendo muy útil, y así podríamos calcularle una relación cardio-torácica aproximada y burdamente ver si estamos ante una cardiomegalia II o III que no se le ausculte soplo, y sobre todo para buscar causas extracardíacas (pulmonares/mediastinales) al malestar de su paciente, como por ejemplo: una fibrosis pulmonar residual por TBC pulmonar en el pasado, sobre todo, si no fué tratada a tiempo o no terminó el ciclo de Tx recomendado, lo cual tampoco es raro por estas latitudes. Usted disculpe si lo he bombardeado con todo esto, pero me acabo de imaginar que tengo a la Sra. haitiana enfrente de mí y no puedo basar todo el malestar de ella, solamente en un ECG, sobre todo si el ejercicio no empeora significativamente la opinión electrocardiográfica que acabo de emitir, más bien, buscaría comorbilidades, aunque la paciente no recuerde o las niegue en la consulta actual. Quizás un Ecocardiograma también sea de utilidad, y estoy seguro que en este campo si tendremos muchas opiniones y muy acertadas en este caso.

De Ustedes

atte, Dr. Ricardo Pizarro B.

Muchas gracias por sus comentarios.

Al Dr. Ricardo Pizarro paso a contestar sus preguntas.

La paciente presenta disnea de esfuerzos de 3 semanas de evolución, con un peso de 145lbs y un BMI 25, no toma ningún medicamento, su TA es de 120/80 mmhg, no presenta edema bimalear, Su biometría hemática: Hbg-13.6, Hcto-41%, GR-4.19, GB-5.6. Rx de Tórax- índice cardioraccico dentro de límites normales, campos pulmonares claros.

Ningún antecedente de enfermedad pulmonar.

En cuanto a lo mencionado por usted de que probablemente el trastornos sea intermitente; si estoy de acuerdo con usted.

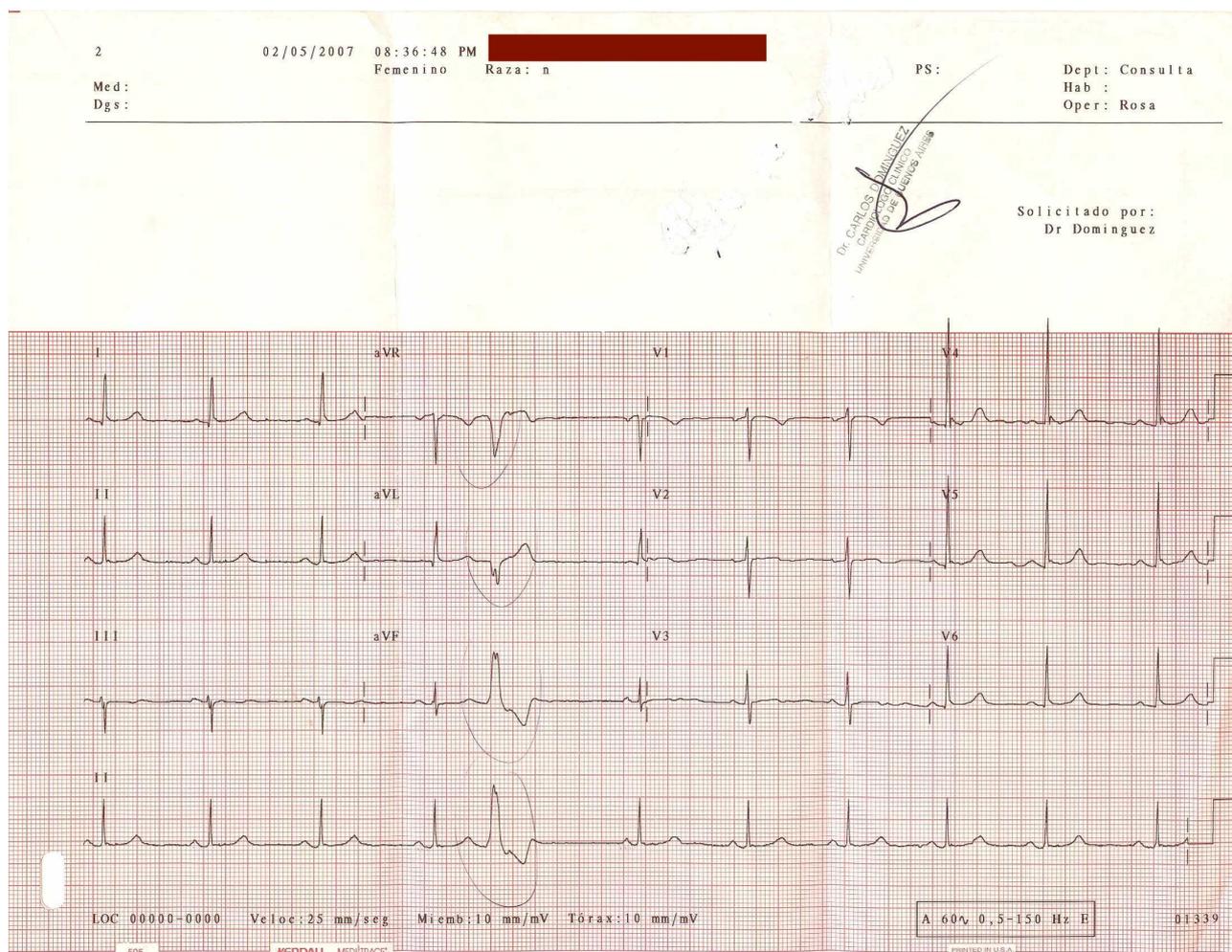
Estoy enviando otro ECG, de la misma paciente hecho en el mismo momento del previo solo unos segundos del primero donde no se observa el Bloqueo de II grado pero si se evidencian Extrasístoles Ventriculares.

Agradezco sus comentarios y recomendaciones.

Nota: Aunque República Dominicana es un País tercermundista en nuestro hospital contamos con toda la tecnología de punta en medicina. Disponemos de Ecocardiógrafos Siemens, Tomografía Axial Computada, Angiotomografía de 64 detectores, Mamografos con biopsia stereotática digital, laboratorio clínico con determinación de péptido natriurético tipo B, etc.

Y lógicamente Rayos X.

Dr. Carlos Domínguez



Saludos Estimados Organizadores y Participantes del FORO:

Por las respuestas a mis preguntas que nos envía el Dr. C. Domínguez, se ve que la Sra. haitiana es una mujer bastante sana para su edad, excepto por su fatiga al esfuerzo y su B AV 2do° ¿Tipo I o Tipo II?, faltan comentarios y explicaciones pertinentes por parte de otros participantes, gracias por adelantado) que al parecer, comparando con el segundo ECG, es intermitente, y por esa circunstancia, y gracias a que el Dr. C. Domínguez tuvo el buen tino de tomar inmediatamente otro trazo, en el que se aprecia 1 EV prematura; por lo demás, parece un ECG (el segundo) bastante inocente, y no sé cual sería su significado clínico, de forma aislada (la ext. vent.), pero en el contexto de la paciente que nos ocupa, lo del Holter sería una excelente idea, ya que probablemente salgan a relucir otros trastornos del ritmo, que puedan explicar su fatiga al esfuerzo, durante las faenas diarias. Y en relación a la tecnología disponible en su Hospital, no sé si tendrían también la posibilidad de realizar una ergometría para establecer correlaciones entre la arritmia y probable isquemia miocárdica o cardiopatía estructural que no está evidente todavía; y un Ecocardiograma para completar los estudios básicos cardiológicos de su paciente; pero, insisto en que debe buscar también comorbilidades asociadas y no evidentes todavía,

de Ustedes atte,

Dr. Ricardo Pizarro B.

Nuevamente saludos y muchas gracias por sus comentarios.

Procederemos a realizar la PEG y un ecocardiograma.

Atentamente.

Dr. Carlos Domínguez

También creo que se trata de un BAV 2° Mobitz I, si te fijas en los intervalos PR se observa que hay un alargamiento progresivo, el 1° PR tras el bloqueo es de 0,12 ms y el ultimo es de 0,32 ms.

Cuando la secuencia del alargamiento progresivo es prolongada, en este caso 6/1 pueden llevar al dx erróneo de Mobitz II. De ser un BAV agudo, suelen ser reversibles, solo buscar y corregir la causa etiológica, y si es crónico la indicación de marcapaso permanente es clase III (AHA/ACC).

Saludos.

Dr. Tomás Campillo.