

Mujer de 48 años con factores de riesgo que presenta intenso episodio de ángor prolongado con CCG normal – 2019

Dr. Ariel Estevez

Buenas noches para todos!

Les comparto un caso que estuvo internado en nuestro hospital recientemente y que ha generado diversas opiniones. Estoy seguro que podrán ayudarme a esclarecer mis ideas!

Resumen:

Paciente de sexo femenino, 48 años, Hipertensa, tabaquista, sobrepeso, sin ACV.

Ingresa por Angor CF IV, intensidad 10/10 de una hora de Evolución (ECG 1).

Se realiza CCG: Coronarias sin lesiones angiograficamente significativas.

VTG: disquinesia apical y FSVI leve-mod.

Eco: AI leve, HVI leve, Aquinesia del apex, septoapical, anteroapical, inferoapical y latero apical. FSVI en el limite inferior de lo normal. FDVI relajación prolongada. Sin valvulopatías.

Laboratorio normal. Troponina: 8750.

Se envia la evolución electrocardiográfica en 24hs. (ECG 3 - 7)

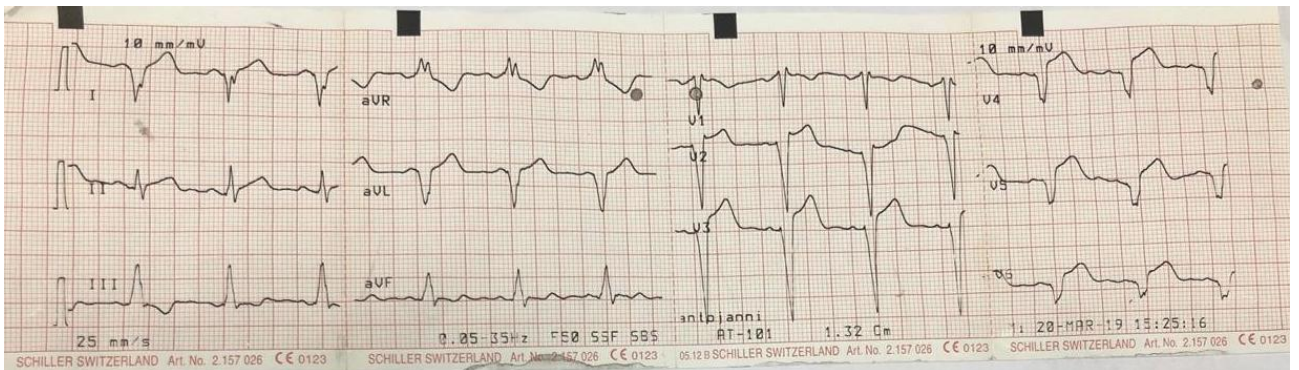
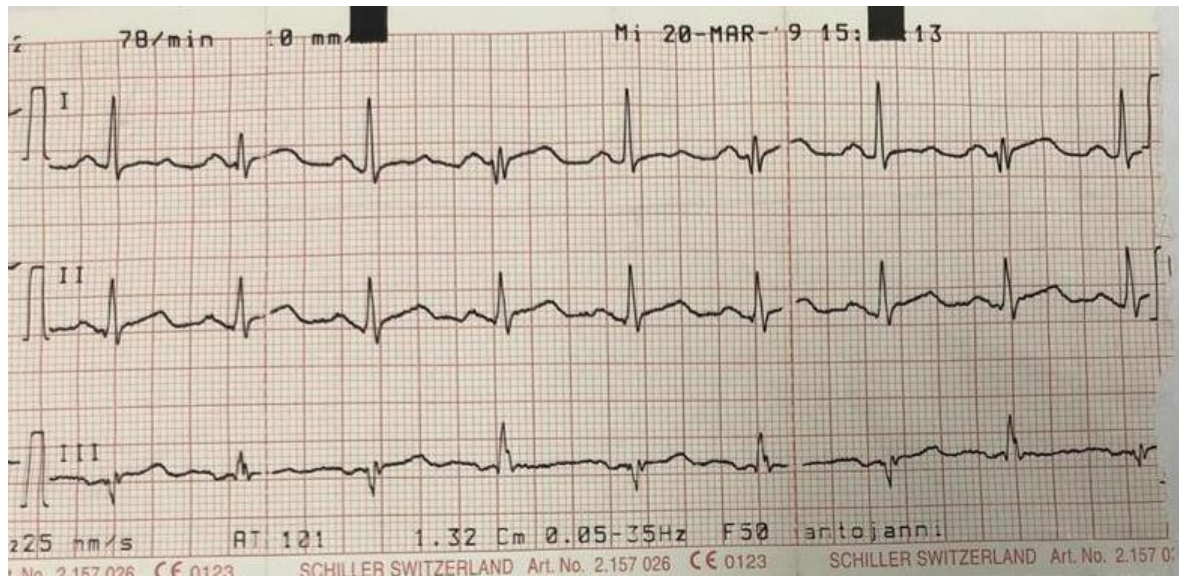
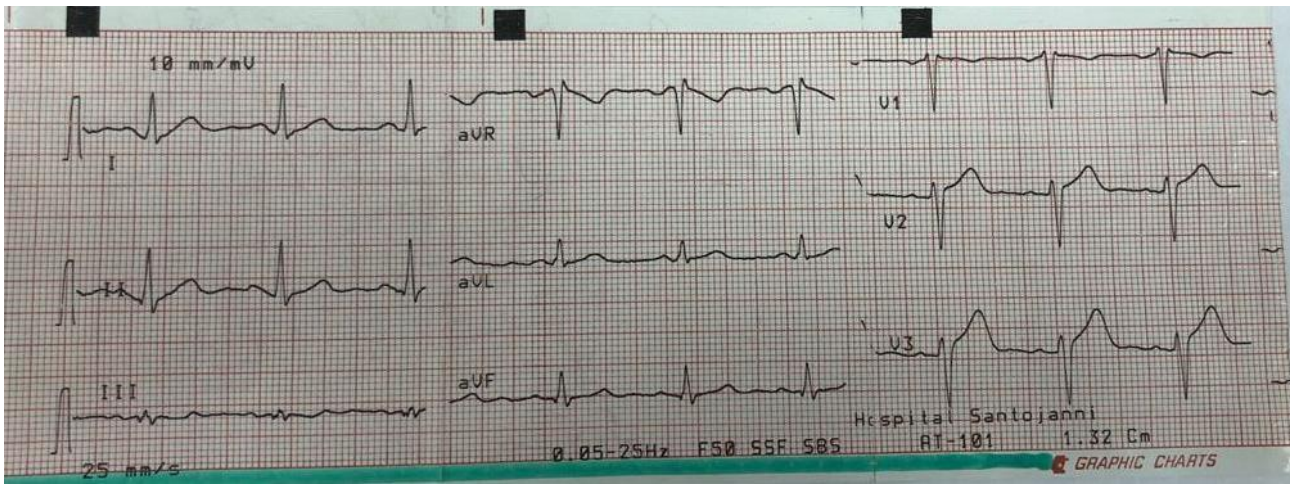
Muchas gracias,

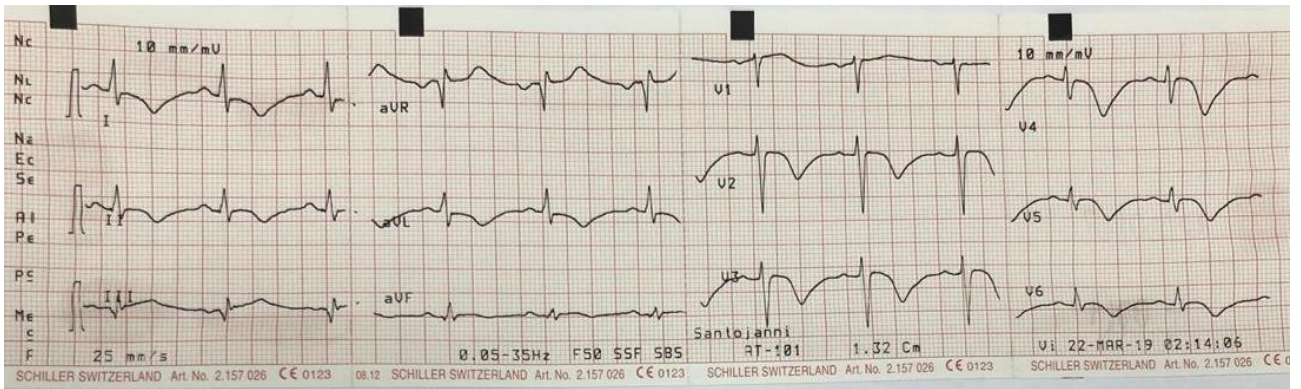
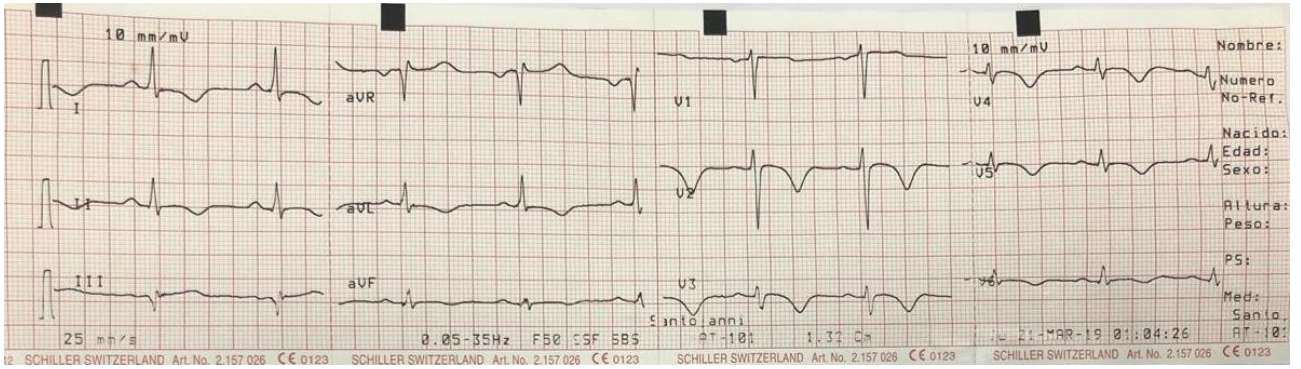
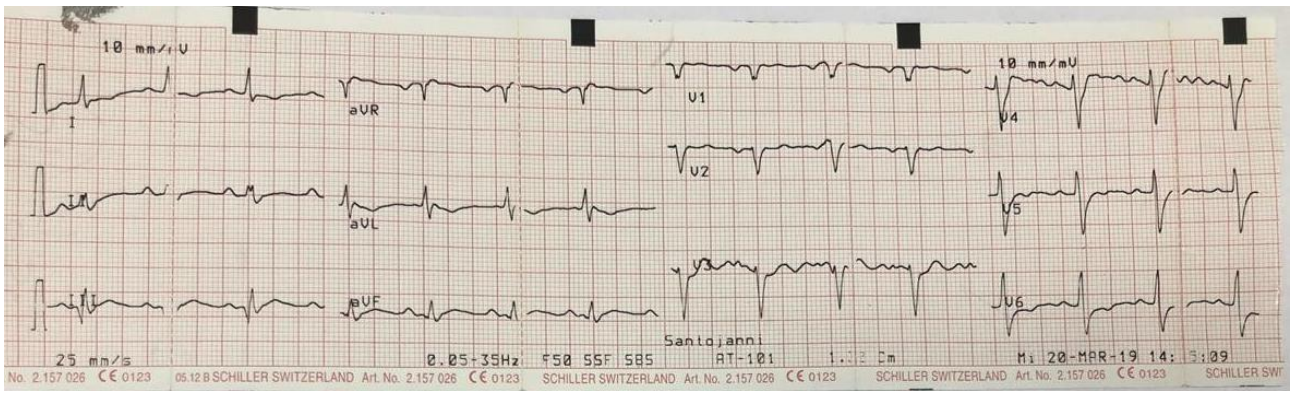
Saludos,

Ariel Estevez

Médico cardiólogo con orientación en electrofisiología.

Hospital Santojanni, CABA. Argentina.





OPINIONES DE COLEGAS

Buenas noches, ¿tienen clips del ecocardiograma?

¿Pensaron en Tako-Tsubo?

Saludos cordiales

Omar Villanueva

Buenas Noches!

Sí, fue uno de los Dx presuntivos.

Voy a intentar conseguir los clips!

Gracias

Saludos

Ariel Omar Estevez

Signos de miocardiopatía hipertensiva con SCVI, con isquemia ánterolateral.

Episodios imagen de BRI. Intermitente

Probable afectación en la microcirculación. Hipertenso que se comporta como isquémico.

No me queda claro porqué troponina tan elevada.

Mi opinión es una HTA severa mal controlada con LOB

Cordiales saludos

Fortunato García Marquez

Clinica de coronariopatía aguda, com múltiplos fatores de risco suportando esta principal suspeita. A evolução eletrocardiografica dinâmica face ao resultado da CCG passa por: ECG 1: Isquemia aguda com T invertidas difusamente (simétricas, profundas em asa de gaivota) com q patológica e supradenivelamento em D3 e AVf e QTc prolongado. ECG2: Similar ao ECG1. ECG3: desaparecem os sinais isquêmicos agudos permanece sinais de necrose inferior e imagem em espelho, D1 e AVL e parede Antero-septal, agora com QTc normal ECG 4: Distúrbio da condução intraventricular podendo ser expressão de vaso espasmo ou reperfusão. ECG 5: Ritmo bidirecional ECG 6: Sem sinais isquêmicos agudos até V3 onde registrou mas com lesão mínima em parede inferior.

Como hipóteses concordo com Dr. Vilanueva com Takotsubo (ver evolução ecografia posterior) acrescentando MINOCA (Myocardial Infarction without Non Obstrutive Coronary Arteries and finally menor possibilidade Prinzmetal Angina e Drugs (Cocaine)

Saludos

Adail Paixao Almeida

TAKOTSUBO o MINOCA.

Saludos.

Luciano Pereira

Estimados amigos:

En mi opinión, se trata de un síndrome coronario agudo (patrón de Wellens) con probable reperfusión espontánea (por eso, no se ven lesiones en la angio), evidenciada por el pico enzimático y el ritmo idioventricular acelerado (RIVA) que, por tener una frecuencia parecida a la sinusal, los complejos QRS aparentan tener diferente morfología; esto se evidencia por el PR "corto" observado en algunos latidos

Saludos

Oswaldo Gutiérrez

Prezado colegas,

Creio que o ECG em questão mostra alterações importantes na repolarização ventricular em parede anterior e lateral e sobrecarga de atrio esquerdo, podendo tratar-se de alterações isquêmicas por doença coronária obstrutiva crônica ou mesmo uma miocardiopatia. aguardo opiniões dos colegas especialistas para chegarmos a um diagnóstico do caso.

Prezado colega Ariel,

Quero parabeniza-lo pelo excelente caso de alterações importantes do ECG que podem sugerir doença isquêmica e, na verdade, trata-se de uma miocardiopatia com excelente evolução clínica e eletrocardiográfica. Gostaria, se possível, que mandasse a terapia medicamentosa usada para o paciente, para aproveitamento de todos do grupo..

Antecipadamente, agradecido.

Mário Sergio Bacellar

Cardiologista

Hospital EMEC

Feira de Santana-Bahia-Brasil

Querido profe Edgardo Shapashnik: Los electros que nos env-ia el Dr Ariel Estevez, los 2 primeros parecen un syndrome de tako tsubo (lesión severa apical ventrículo izquierdo, coronarias normales, mujer perimenopausal.

Existen 2 etapas previas a la inversión de las ondas T. La etapa 1 es ST elevado, etapa 2 desaparición de las onda R precordiales. Estos 2 electros son de la etapa 3 de la evolución del tako tsubo donde reaparecen las ondas R. Las ondas T invertidas pueden durar varias semanas o meses, a pesar que la contractibilidad apical se normaliza a las 2 semanas del comienzo.

Esta evolución rara de este síndrome en su caso, no es lo corriente. Una posibilidad es que, en el proceso de recuperación, hubo cambios biológicos hormonales que influyeron en la morfología electrocardiográfica.

Generalmente el tacko tsubo aparece en edades más avanzadas, y esto sería una evolución no corriente, en mujeres más jóvenes.

De todos modos, lo felicito por la presentación

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Prezado colega,

Muito interessante o caso de miocardiopatia dilata de VE que mostra uma boa recuperação com repouso e tratamento específico para o caso, geralmente com boa resposta. Aguardo evolução.

Como previsto a recuperação clínica e eletrocardiograma mostraram excelente evolução. Devemos ficar atentos já que alterações de repolarização não indicam, necessariamente, isquemia miocárdica por obstrução das artérias coronárias.

Abraço

Mário Sergio Bacellar

Estimados colegas! Me costo mucho ubicarme y aun no entiendo que es el ECG #1.(el ultimo de todos) Es el control previo al episodio (porque los ECG 3, 3 y 4 son del 20 de marzo y el 7 que es el primero que muestran es el más reciente del 22 de marzo) o es posterior alejado porque no tiene fecha y solo presenta BRD, sin secuelas ni alteraciones de la repolarización ventricular??

El penúltimo ECG del 20.03 a las 09.15 tiene Hemibloqueo Posterior incompleto (Ondas R pequeñas y de voltaje variable respecto al ECG control y desviación del AQRS a la derecha en forma alternante y de grado variable). Esto se acentúa en grado máximo en el ECG # 3 de más arriba: BRD + HBP completos.

Si bien tiene casi QS en precordiales izquierdas, seguramente porque los electrodos fueron puestos muy bajos.

Vean que en V1 tiene imagen en M de BRD y tiene un AQRS a+120 grados. En las precordiales hubiese hecho falta efectuar las altas y bajas.

El el trazado 4 (3o desde arriba) Tiene francas alteraciones del STT, desaparecieron los trastornos de conducción (aunque las precordales fueron puestas demasiado altas).

En el trazado 7 y 5 (1o y 2o trazado) se observa una extensa isquemia anterior y lateral con franca prolongación del QT.

Yo me inclino a pensar que se trató de un episodio isquémico agudo como consecuencia de los que se dijo, aunque si tiene las coronaria totalmente normales me inclinaría a un espasmo coronario (mujer joven, aunque tiene factores de riesgo). Descarto la miocardiopatía por la rápida evolución, en todo caso podría ser un miocarditis aguda. Pero me inclino al espasmo coronario del tronco o inicio de la DA.

Afectuosamente

Gerardo Nau