

Paciente de 38 años cursando 36 semanas de embarazo que presenta una edema agudo de pulmón hipertensivo - 2018

Dr. Oscar Pellizzón

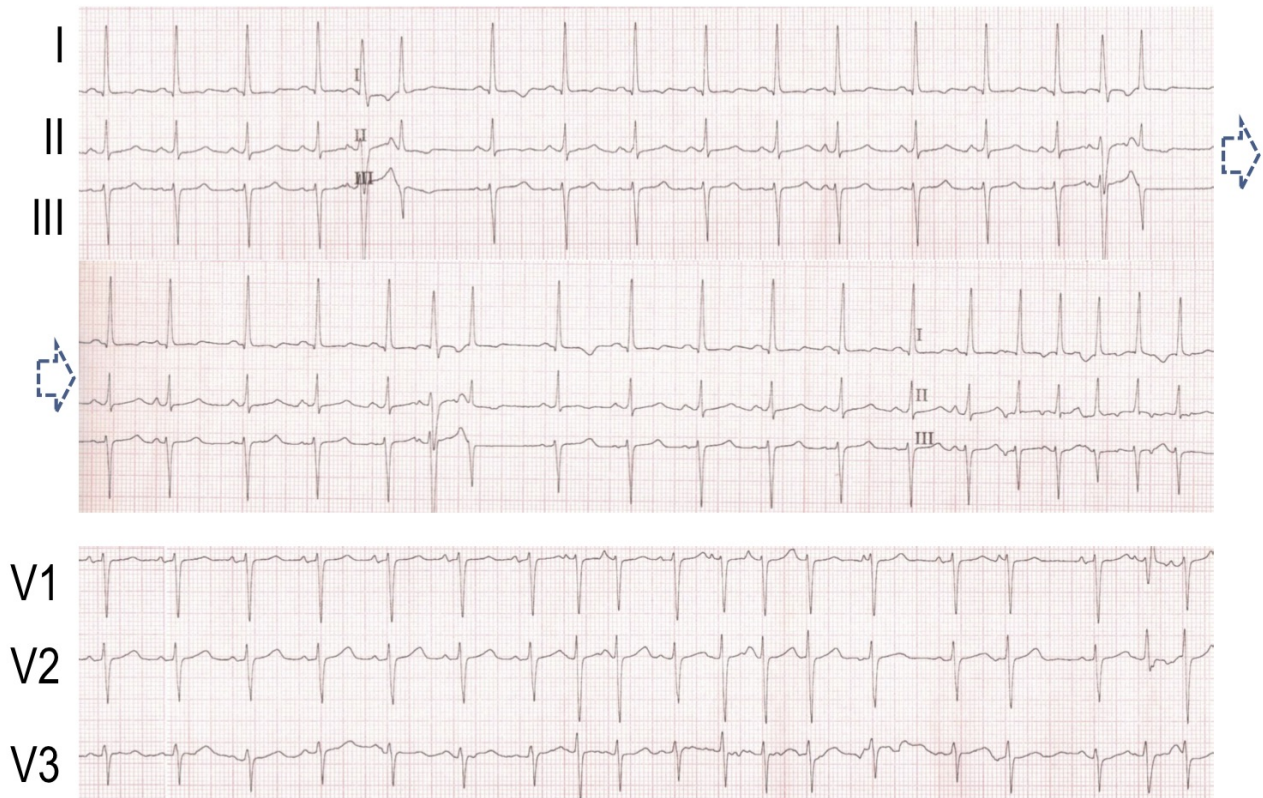
Estimados colegas.

Les presento un caso de una paciente de 38 años cursando 36 semanas de embarazo que presenta una edema agudo de pulmón + PA 180/110 mmHg. Se conoce con HTA desde hace 2 años en tratamiento con Losartán 50 mg/día. Laboratorio normal. ECO 2D normal. Resuelto su cuadro presenta el ritmo cardíaco que les adjunto.

Me interesa saber qué opinan sobre este ECG y qué detalles observan.

Gracias. Saludos.

Oscar Pellizzón



OPINIONES DE COLEGAS

Hola

Bloqueo de fascículo anterior izquierdo

HVI

Probable BIA Parcial

Taquicardia auricular multiforme

Evoca síndrome de Bayes

Sería interesante un Strain auricular o Rnm para evaluar daño auricular izq

Anexo

¿Están los electrodos bien posicionados?

Saludos

Juan José Sirena

Sirena: fijate bien; la derivación bipolar II es positiva consecuentemente no puede tener LAFB.

Andrés R. Pérez Riera

Buen día amigos, hola Oscar.

Veo lo siguiente en las derivaciones enviadas:

- Ritmo sinusal, no regular, interrumpido por extrasístoles supraventriculares apareadas, polimorfas.
- "Run" supraventricular (colgajo de taquicardia auricular polifocal).
- Sobrecarga auricular izquierda. En D3 la P tiene fase final negativa (¿pensar en BIA?)
- Hipertrofia ventricular izquierda con sobrecarga sistólica.

- En V3, la poca amplitud de R, podría deberse a su embarazo avanzado, y la colocación del electrodo no sea la habitual y correcta.

- Me llamó la atención en D1, la repolarización del latido que sigue a las 2 extrasístoles apareadas, con T negativa y simétrica. (¿Isquemia agregada?).

Gracias Oscar por compartir tu caso.

Abrazos,

Mario Heñin

Hola Oscar

¿Puedes mostrar el resto de las derivaciones?

Estoy de acuerdo con mi amigo Andrés cordobés con la observación de D2, y también el chaqueño Dr Mario Heñin la observación de V3.

Por eso me gustaría ver el resto de las derivaciones no mostradas en la figura.

Repito, ¿estarán bien posicionados los cables? o ¿uno de los miembros en precordial?

Saludos

Juan José Sirena

Buenos días a todos!

1° la onda P es normal que sea +/- en DIII (falta aVL para imagen en espejo, es decir -/+) y mide < 120 mseg, por lo tanto descarto BIA.

Onda P de mayor voltaje en DII, infiero que es sinusal, no tiene sobrecarga auricular izquierda (mide menos de 100 mseg) y no hay cambios de electrodos.

Hay extrasístoles auriculares (-) en cara inferior, polifocales, pares y taquicardia autolimitada, algunas conducen con aberrancia de rama derecha y otras con aberrancia

Bloqueo çanterosuperior.

En la tira superior hay una extrasistole supraventricular que no conduce, se registra en el ST.

Trastornos alternantes de la Repolarización más evidentes en DII.

El EAP pudo deberse a taquicardia auricular de alta respuesta ventricular.

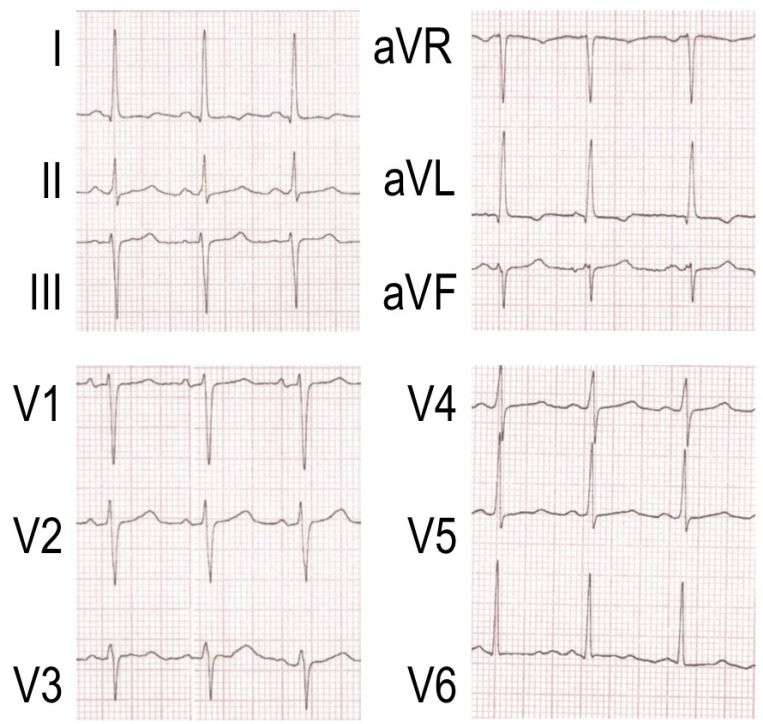
Cordialmente

Juan Manzardo

Si , JJ enviaré ECG con las otras derivaciones. Los electrodos de los miembros están bien colocados. Las del precordio posiblemente no sean los exactos debido a la prominencia abdominal y mamas x el embarazo (particularmente V3). Envié tira de ritmo porque me interesaba saber que análisis del mismo hacían. Gracias por el interés.

Saludos.

Oscar Pellizzón



Interesante..justificar un EAP en una paciente joven. E hipertensa... con aumento de la volemia, debe tener asociado una cardiopatía.

No veo HBAI.. para BIA me faltarían ondas P negativas en cara [inferior](#). La duración de P está limítrofe en 120 msg.

Sería interesante saber si semiológicamente aparte de la HTA tiene soplo cardíaco y antecedentes. De disnea. mareos.

Coincido en un ritmo auricular variable.y me hace ruido igual que a colegas esa T negativa sucediendo a ESV. Rspérons más estudios

Atte Alfredo Cagnolatti

Gracias Oscar

Observo lo siguiente

Una extrasístole auricular de piso de aurícula

T negativa en AVL evocando un loop de T que se opone al del QRS como indicando la progresión de un BFAI tipo Standard de Rosenbaum a un tipo IV solo que le faltaría la S3 más de 13 mv.

Sintetizando;

Interpreto que el ECG es por su HTA y su arritmia auricular es el "GRITO" de ella por aumento de PD2 de VI

Pesquisar con Holter una FA como causa de EAP

Pregunto:

¿Es suficiente una sola droga? o ¿agregar tiazida o indapamida?

Saludos

Juan José Sirena

Addendum

La falta de S en V6 posiblemente se debe a posición alta de electrodos por sus mamas

Buen día Oscar.

Se que la paciente no era seguida por vos. Los ARA II están contraindicados en el embarazo.

El ECG muestra claramente una HVI que no es normal con T negativas en DI y AVL y un eje eléctrico a la izquierda.

Impresiona una HTA crónica con compromiso miocárdico.

Debería descartarse HTA secundaria en primer lugar estenosis de arteria renal.

No refirieron Función renal pero además otro diagnóstico a descartar sería la Enfermedad de Fabry.

El edema agudo de pulmón es claramente hipertensivo.

¿Tienes datos de su función renal?

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

Estimados amigos

Preenche critérios de Cornell (23 mv RAVL+SV3. >20mv para mulheres) para HVI, mas Oscar informa Eco normal. Concordo que hipervolemia da gestação, hipertensão elevada e disfunção diastólica aguda podem ser a causa do edema agudo pulmonar além de não sabermos se não havia uma taquiarritmia concomitante.

Abracos

Adail Paixao Almeida

Estimados amigos gracias por sus aportes acertados e interés en el caso.

Paso a relatarles algunas observaciones.

1. Un error de mi parte informales que la paciente se encontraba medicada con Losartán. Esa medicación la hizo hasta el comienzo de su embarazo. En el momento del ingreso con su EAP+ 170/100 se encontraba con labetalol. Tal como lo señaló Martín los IECA y ARA II están contraindicados en el embarazo..Su función renal era normal.
2. Presenta una P bimodal (no reúne criterios de BIA)
3. Trastorno de repolarización en DI-aVL compatible con sobrecarga VI.
4. T de mayor negatividad post pausa extrasistólica interpreto que está exagerada por la pausa y no de isquemia miocárdica.
5. E Auriculares de diferentes morfologías (algunas con aberrancia RD + HAI) aunque cuando se observa la corrida de taquicardia, que interpreto como auricular podría originarse en el seno coronario. Hoy en la era de la ablación es interesante correlacionar el ECG con la anatomía cardíaca. Tal vez no en este caso, pero en presencia de una taquicardia auricular sostenida es importante para la estrategia a tomar.
5. Cuando manifesté que presentaba un ECO 2D normal, fue porque le habían realizado en otra institución como evaluación CV previo a su parto y uno anterior realizado hacía 6 meses aproximadamente.. Supuestamente con su PA controlada.
6. El EAP parecía demasiado cuadro clínico para su HTA como así su arritmia auricular. No es un hecho frecuente, pero posible..
7. Lo importante creo, como aprendizaje, el ECO 2D realizado posteriormente muestra una dilatación VI, leve agrandamiento AI y una FEY de 35-40%. Por lo que se consideró como una miocardiopatía periparto. Una patología de muy baja prevalencia y más aún en el último mes de gestación.
8. El ECG nos estaba señalando algo que aún no podíamos observar al ingreso.

Abrazo.

Oscar Pellizzón