

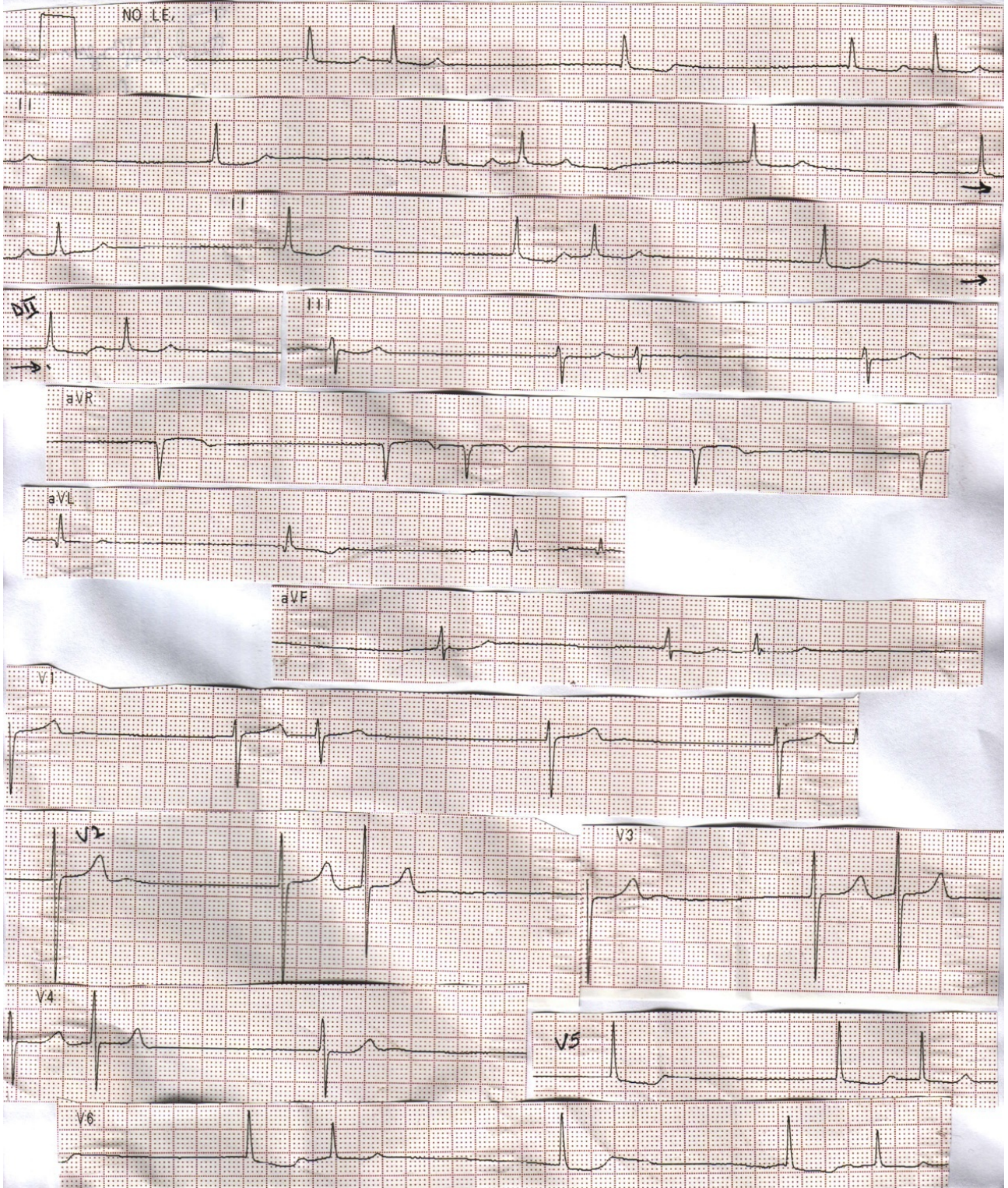
Mujer de 62 años, hipertensa con dolor de espalda y debilidad – 2007

Dr. Ricardo Pizarro B

Saludos Estimados Organizadores y Participantes al FORO: Aquí les envío otro ECG para su consideración y opiniones: Se trata de una paciente femenina que acude a nuestro ER en ambulancia y con historia de dolor de espalda y debilidad creciente (hoy mucho + intensa) desde hace 4 días. PA: 90/50, somnolienta, y quejándose de que "hoy ya no puede levantarse para caminar". Previamente a su dolencia actual sin otra sintomatología. Toma diltiazem 180 mg BID solamente.

Ricardo Pizarro B

F, 62ª, HTA controlada con diltiazem 180 mg VO BID. PA: 90/50. Historia de dolor de espalda con debilidad creciente desde hace 4 días, pero hoy, esa sensación es más intensa.



OPINIONES DE COLEGAS

TRATA-SE DE a-v BLOCK (ESCAPE-CAPTURE BIGEMINY) WHICH IS SECONDARY
RO
DILTAZEM'.
Tratamento:parar diltiazem.

A. Carvalho, MD

Estimado Prof. Carvalho.

Hablo por mi misma al sugerirle - si fuese posible- no mezclar distintos lenguajes o idiomas para un mismo texto o frase. Puede llegar a confundir (a mí al menos).

¿Cree usted que una persona tomadora habitual de un Calcio-antagonista benzodiazepinico tipo Diltiazem a dosis ajustadas de 180 mgrs/día puede provocarle súbitamente (4 días comenta el compañero) el cuadro clínico que refiere? ¿Las alteraciones en EKG también cree que son debidas a una posible "impregnación" calcio antagonista? ¿Qué tipo de Bloqueo A-V cree o afirma que es? (Independientemente de Escape-Captura...por supuesto)

Son mis dudas.

Mis saludos más afectuosos.

Dra. Susana Escobar

Es un caso interesante de la practica diaria. He tratado a muchos pacientes con diltiazem y no me ha ocurrido este problema, por lo tanto por lo menos es raro que ocurra. Parece quizás un ritmo nodal de base con muy baja frecuencia y extrasístoles frecuentes. No veo onda P. ¿Será que el diltiazem puso de manifiesto una enfermedad de la vía de conducción preexistente?

Emilio Marigliano

En el ECG observo un bloqueo sinoauricular de 3er grado con un ritmo de escape de la unión AV muy bajo, seguramente influido por los fármacos. Además existen frecuentes extrasístoles auriculares que conducen con PR largo.

Saludos

Javier García Niebla

Estimado Dr. Pizarro:

1/ La paciente presenta un bloqueo AV completo con latidos de escape (de gran importancia para ella)

2/ ¿Cuál es su origen? ¿Isquémico a la vista del cuadro doloroso en espalda? ¿Cómo estaban los marcadores de isquemia?

¿Yatrógeno (diltiazem)? Estando descritos, pero...

3/ Lo que hay que hacer de inmediato, pues la paciente está en bajo gasto, es colocar un marcapasos bien transitorio hasta conocer etiología y evolución (con suspensión del fármaco) o definitivo si no revierte.

Un saludo.

Joaquín Fernández Ortiz

Estimado colega:

El ECG muestra un ritmo unión AV con probable paro sinusal y extrasístoles hisianas, aunque habría que analizar bien la morfología de la onda T del latido precedente ya que me impresiona que en algunas derivaciones es diferente, lo que podría ser un latido sinusal o ectópico auricular (un electrodo intraesofágico aclararía esta situación) que conduce con BAV 1° ya que la morfología del QRS de este latido es diferente al del ritmo unional.

En primera instancia hay que pensar que este ritmo es debido al diltiazem.

Suspendido durante 5 vidas medias observar qué ritmo es el que se manifiesta. Si se recupera y vuelve a la normalidad el diagnóstico está hecho, si no se recupera y hay bradicardia y/o BAV probablemente existiría un trastorno de conducción previo. Además, si recupera el ritmo sinusal normal sería conveniente realizarle un Holter.

Supongo que el diltiazem fue administrado por HTA. Hay medicamentos más inocuos, y si se quiere administrar un antagonista cálcico es mejor nifedipina o amlodipina que DTZ, ya que no tienen efectos importantes sobre el sistema de conducción.

Sería bueno que nos contara la evolución de la paciente y lo que Ud. hizo.

Un abrazo.

Dr. Oscar A. Pellizzón. Rosario.

El ritmo de base parece ser nodal, lento. El acoplamiento con el latido precoz es fijo, o sea que debe haber alguna relación con el latido nodal precedente. El registro no permite ver bien cómo y dónde está la onda P sobre la T precedente. Podría ser que cada 3 latidos nodales uno sube a la aurícula como "eco" auricular y baja nuevamente al ventrículo, utilizando una doble vía nodal

José Luis Serra

Saludos Estimados Profesores-Dres y Participantes del FORO: Estoy muy emocionado que este ECG si haya despertado la atención y sobre todo las valiosas e instructivas Opiniones de varios de Ustedes; agradezco sobre todo, a la Dra. Escobar, al Dr. Emilio Marigliano, Dr. Javier García Niebla, Dr. Joaquín Fernández Ortiz y al Dr. Oscar Pellizzón, gracias a los cuales estoy aprendiendo un montón sobre "el arte de la interpretación electrocardiográfica"; pero sé que también faltan las valiosas opiniones de muchos de los demás, que son necesarias para "sacarle el jugo" a la actividad que nos ocupa; con relación a este ECG estoy (dentro de mi ignorancia) de acuerdo con varios de los postulados que emitieron los colegas que he mencionado:

También, hasta donde recuerdo es la primera vez que veo un ECG así como causa (¿única?) de la toma de diltiazem; más bien, pienso que la paciente venía arrastrando un problema no detectado que se agravó con la ingesta del medicamento; hasta donde recuerdo, ya que este ECG se lo envié al Dr. Edgardo antes que se fuera de vacaciones (ahora estoy en las mismas): A su llegada al ER pensé que se trataba de un SCA; pero la CPK, CPKMB y Troponina T resultaron normales, también los electrolitos y el Bh completo; se le omitió inmediatamente el BCC y se le colocó un Marcapaso transitorio con lo que mejoró significativamente; incluso, pude apreciar + o - 3 días después de su llegada, un ritmo sinusal en un ECG, pero con bradicardia + o- 50 x min, no recuerdo otros detalles, ya que al día siguiente "empeoró su situación" (??) y la trasladaron a la U.C., según me comentó un colega.

No sé si le practicaron estudio hemodinámico, ni su condición actual. Nuevamente, muchas gracias por sus indicaciones, aunque espero y confío más participación de los demás.

Dr. Ricardo Pizarro B.

En primer lugar un saludo afectuoso desde Guadalupe N.L. México

En segundo soy Médico Urgenciólogo, Dr. Jesús Antonio Campuzano Chacon

Reciba primero mi admiración al Dr Pizarro ya que desafortunadamente o afortunadamente para él nos ha presentado varios casos sumamente interesantes o al menos para mi.

En este caso créame lo único que puedo decir es mi forma de actuación ante paciente femenina de 62 años hipertensa al parecer controlada con diltiazem, que llega al servicio de urgencias por dolor en su espalda que se agudiza el día de ingreso, me desconcierta " no nos refiere signos y síntomas de bajo gasto" o se los está guardando, no lo creo ya que por si solo este trazo EKG muestra una bradiarritmia con frecuencia muy baja como para no tener evidentemente a este paciente inestable, por lo que sin pensarlo 2 veces la primera indicación sería revertir el efecto del BCC como primera causa del problema así como implantación de marcapasos temporal transcutáneo o transvenoso, con respecto al trazo me pone en aprietos ya que me parece un ritmo nodal de FV muy bajo pero ¿el complejo estrecho?, bloqueo AV completo, con esa FV y el complejo estrecho?. parasistolia auricular y la FC tan baja?

Disculpen si no soy capaz de hacer mejores deducciones o aportaciones.....

Gracias

Jesús Antonio Campuzano Chacon

Estimados Doctores, Compañeros.

Dudas:

¿Dolor de Espalda fue brusco, intenso, variable con Mm. Vasalva y/o movimientos respiratorios y con características distintas a un más que probable dolor tipo reumático (62 a)?

¿Tratamiento previo para HTA con Diltiazem? (Supongo que si, el trazo EKG da signos de Hipertrofia Ventricular Izquierda: Sokolov, Lyon, etc..etc. y una de las causas más frecuentes de ello es la HTA mantenida)

¿En paciente con HTA de base - controlada o no- no se considera estado de Shock cuando la TA basal disminuye en aprox. 1/3?

¿La paciente en cuestión no entra en área con 90/60 mm de Hg.? ¿No estaba somnolienta?

Dudas Principales:

¿Se realizó un TAC de Urgencias?

¿Algún compañero pensó en la posibilidad de un Aneurisma Disecante de Aorta?

¿Acaso no mejoró con Marcapasos transitorio el trazo EKG y retirada de Diltiazem, pero- según el Dr. Pizarro, volvió a empeorar e ingresar en UCI?

¿El ritmo idionodal con extrasistolias intrahisianas de compensación creen de verás que fue provocado por el Diltiazem?

En fin...si pudieran aclarar estas dudas les quedaría muy agradecido.

Un fuerte abrazo a todos.

Susana Escobar

Saludos Estimados Organizadores y Participantes al FORO: Saludos y Respetos a la Dra. Escobar; trataré de responder a algunas de sus interrogantes hasta donde pueda, ya que mi área de trabajo es en el ER, y estos pacientes pasan al Servicio correspondiente en cuanto se les encuentra, o "parece que se les encuentra" la causa de su dolencia actual,

aunque en este caso permaneció en nuestra área de choque (a la que fué inmediatamente ingresada a su llegada por sus signos vitales y condición que les comenté en el primer envío:

PA:90/50, somnolienta, con una tremenda sensación de astenia, adinamia y cansancio, al punto que al 4to día de su sintomatología "no podía ni levantarse de su cama" y allí fué donde llamó a la ambulancia para su traslado; el dolor de espalda no fué de inicio brusco, más bien fué paulatino e "in crescendo" en intensidad y más bien constante; negando toda sintomatología previa a su cuadro actual; solo que tomaba diltizem 180 mg VO BID por HTA.

En la Rx de tórax si se apreciaba cardiomegalia, (no recuerdo haber visto mediastino ensanchado) como es usual luego de varios años de HTA sin un adecuado control de la misma.

A su ingreso, se le omitió inmediatamente el BCC, se le aplicó gluconato de Ca⁺⁺ IV y a las pocas horas un marcapaso transitorio, y fué admitida al Servicio de Cardiología. Mejoró luego de dicho tratamiento, pero como ya comenté, empeoró (??) al par de días después; no conozco realmente en que consistió dicho empeoramiento, ya que fué trasladada a la UC y allí le perdí la pista a la paciente.

No sé si luego de su estancia de + o - 3 días en nuestra área de choque (por falta de cama en esos momentos en la UC) se le realizó un TAC torácico, pero creo que mientras permaneció en el A. de Choque del ER no se le realizó dicho procedimiento; y sí, estoy completamente de acuerdo con Usted en que se debió pensar, como posibilidad diagnóstica, independientemente del ECG inicial, en un Aneurisma Disecante de la Aorta, aunque el dolor no fuera el típico dolor intenso, terebrante que se describe padecen los pacientes con dicha dolencia, principalmente por los signos de shock con que nos llegó inicialmente.

Con relación a si un ritmo idionodal con extrasístoles intrahisianas de compensación fuera provocado por el diltiazem (¿solamente, sin patología previa del sistema de conducción?) no podría afirmarlo ni negarlo categóricamente, por mi falta de experiencia, y sobre todo porque hasta donde recuerdo, es la primera vez que veo un caso así; sin embargo, mi estimado y respetado colega panameño, el Dr. Luis E. Castro Díaz, nos acaba de enviar un email en donde menciona que: "Probablemente sean coincidencias, pero en el último mes ha visto 3 casos de bradicardia sinusal grave o de Bloqueo AV completo con diltiazem, especialmente con la presentación de 180 mg, con todo el Cortejo que lo acompaña:"; y aprovecho para solicitarle al Dr. Castro si nos pudiera enviar alguno o los ECGs de esos pacientes, si los pudiera obtener; y a la vez solicitarles a otros colegas panameños si tienen casos similares recientemente, para ver si estamos ante otra situación como la que estamos pasando con el dietilenglicol??? De lo contrario, si no hay más casos recientes (en Panamá) como el que nos ocupa, sigamos con nuestras vidas y con el FORO. De Ustedes atte, Dr. Ricardo Pizarro B.

Hola, así como lo presentas, parece una bradicardia sinusal "sintomática" (38 x min) con un PQ al límite y con latidos ectópicos frecuentes a causa de la descarga prematura de un foco auricular ectópico con conducción ventricular, es decir extrasístoles auriculares frecuentes y conducidas, por que van con onda P prematura, positiva en DII y negativa en aVR, con configuración algo diferente a las P sinusales, intervalo de acoplamiento fijo, P-R levemente superior al sinusal por la prematuridad del latido ectópico. La bradicardia y la hipotensión arterial posiblemente sean efecto adverso del Diltiazem (no dices cuánto lleva tomándolo), pero no les parece que a su edad tiene derecho a tener una disfunción del nódulo sinusal expresado por esa bradicardia sintomática (indicación clase I de marcapasos). Esperemos más detalles del caso.

Dr. Tomás Campillo

Saludos.

Estimados colegas:

Les envío un cordial saludo y espero que nos mantengan motivados con esos trazados electrocardiográficos colmados de incógnitas y dudas, pero deseo expresar mi criterio. Primeramente no existen dudas que estamos frente a una disfunción sinusal probablemente extrínseca por efecto medicamentoso. (Diltiazem), que aunque resulta infrecuente a esa dosis, en nuestro medio hemos tenido más de un caso que pudiera estar relacionado con un trastorno de conducción previo que empeoró con el fármaco y dió lugar a signos de bajo gasto cardíaco. En el trazado eléctrico aparece un ritmo de escape idionodal como respuesta del MP subsidiario, algunos CAP conducidos con PR largo y otros bloqueados. Nos gustaría poder observar un trazado continuo de varios complejos para analizar si los intervalos interlatidos probablemente parasistólico son

múltiplos del intervalo básico, ya que estos tienen acoplamiento variable e igual morfología, pensando en un foco parasistólico a nivel de la unión.

Por otra parte, estoy de acuerdo con el criterio de la Dra. Escobar, que no puede descartarse una disección aórtica: ¿ Tiene pulsos en MI?. Recordar que en este caso el diltiazem pudiera ejercer un mecanismo protector vascular al disminuir la tensión intraparietal por bloqueo de los canales del calcio y disminución de la TA. Se necesitaría TAC o RMN..

¿Qué conducta tomaría?

Suspendería el fármaco, estimulación eléctrica temporal. Si el trastorno no regresa, implantaría MP permanente.

Me interesaría conocer otros criterios.

Un abrazo.

Dr. Francisco Rodríguez Martorell

Saludos Estimados Organizadores, Participantes al FORO, y Dr. Francisco Rodríguez Martorell: Muchas gracias por su motivación, apreciación e interpretación electrocardiográfica, con la cual estoy de acuerdo; pero, por favor, discúlpenme si no puedo ofrecerles más información sobre el manejo posterior de la paciente (otros ECGs, TAC torácico, tratamientos posteriores), pero es que no tengo acceso al expediente de los pacientes una vez salen de nuestro C. de Urgs y pasan totalmente a cargo de otros Servicios (en este caso el de Cardiología); con relación a la opinión de la Dra, también estoy de acuerdo con Usted; y el manejo que Usted seguiría fué el que se realizó a la llegada de la paciente.

También coincido con Usted en que me interesaría conocer otros criterios, como los ya expuestos previamente, con los datos aportados. E incluso, casos similares (y más completos) que se les hayan presentado a los demás participantes. Muchas gracias. De Ustedes atte,

Dr. Ricardo Pizarro B.

Estimado Ricardo: Probablemente sean coincidencias, pero en el último mes he visto tres casos de bradicardia sinusal grave o de bloqueo A- V completo con Diltiazem, (descrito previamente) especialmente con la presentación de 180 mg, con todo el cortejo que lo acompaña: Hipotensión, falla renal prerrenal, hiperkalemia, etc, con mejoría del cuadro tras la suspensión del medicamento, requiriéndose en un caso marcapaso temporal.

Atentamente

Dr. Luis E. Castro Díaz.

Chitré, Panamá.