

Mujer obesa de 72 años con mareos y labilidad de TA que desarrolla shock y fallece – 2010

Dr. Luis Enrique Dajub C

Estimados colegas del foro.

Les presento este caso el cual me pareció interesante para compartir con ustedes.

Paciente de 72 años de edad, consulta por mareo y labilidad de la TA de cinco días de evolución. Con estos síntomas y el EKG N° 1 la ingresé a la UCI.

EKG N° 1: Ingreso a la UCI.

EKG N° 2: 6 hs después del ingreso.

Espero sus opiniones, con afecto.

Luis Enrique Dajud C

10 mm/mV 2.5 mm/s CAEMG

10 mm/mV

10 mm/mV



10 mm/mV

10 mm/mV

10 mm/mV



10 mm/mV

10 mm/mV

10 mm/mV



10 mm/mV

10 mm/mV

10 mm/mV



10 mm/mV 2.5 mm/s CAEMG

10 mm/mV

10 mm/mV



10 mm/mV

10 mm/mV

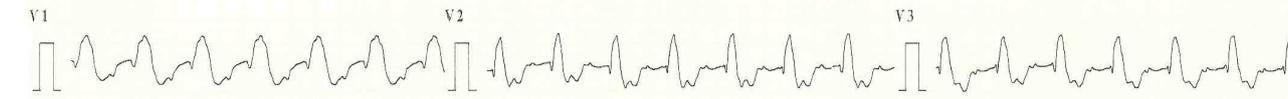
10 mm/mV



10 mm/mV

10 mm/mV

10 mm/mV



10 mm/mV

10 mm/mV

10 mm/mV



OPINIONES DE COLEGAS

Hola... en el 1 ECG me parece un ritmo sinusal (no puedo calcular frecuencia porque no veo cuadritos pero parece alrededor de 75 lat) con BAV de 1º grado y fibrosis inferior y ánteroseptal y punta. y un QT muy prolongado que tampoco puedo calcular

En el 2 ECG me parece que está en taquicardia y sigue con BAV de 1º y hace un BCRD

Bueno...espero a los expertos....

Marilina Ortega

Paciente muy grave.

ECG inicial: necrosis no transmural de cara inferior (CD) con fibrosis anterior extensa (DA proximal).

2o ECG: infarto hiperagudo de cara inferior (reoclusión de CD) con bloqueo de rama derecha agudo.

Mal pronóstico.

Requiere CCGy ATC urgente.

Gracias.

Ricardo Paz Martín

Estimado Doctor Paz.

Eso fué lo que pensamos inicialmente en la UCI.
Piensé en otra situación crítica y patológica como diagnostico diferencial.

Veamos...

Lo saludo cordialmente.

Luis Dajud

PD: Me gustaría la opinión de Andrés Pérez Riera y del mismo coordinador del foro doctor Schapachnik quién estuvo muchos años de guardia en el Hospital Cosme Argerich (en ese mismo Hospital cuando yo rotaba en ECO en 1997, tuve la oportunidad de ver un caso con igual EKG por esa razón no me equivoque en el Dx presuntivo, ya que le hice en agudo un ECO como en aquella vez...)

Disección aórtica,

Saludos

Francisco Femenia

Hola Doctor Femenia

Aceptable su ID, supongo que usted piensa en disección aórtica tipo A o tipo I por el compromiso de la pared inferior, ¿cierto?

Pero no es!!! El diagnóstico es otro...

Saludos fraterno.

Luis Dajud

Estimada doctora Maria. Elina

Este caso fue para mi un desafío clínico y electrocardiográfico, estoy seguro que lo es para muchos.

Le comento, a esta paciente no la ingresé a la UCI por el simple hecho de presentar mareo y labilidad de la TA?

NO, es mi respuesta, la ingresé por el EKG!!!!

El EKG no es mudo, y nosotros no debemos ser sordos ni ciegos.

Su descripción tiene algo de cierto, pero le falta, afine el ojo, mire bien el trazado No 1, en el encontrará una base para el Dx definitivo.

Que el árbol le deje ver el bosque, mire más allá... Mírelo con el cuore.

La Saludo,

Luis Dajud

En ECG n1 se observa ritmo sinusal, con BAV de 1º, secuela inferior y ánterolateral. Asociado al cuadro de inestabilidad hemodinámica y sintomático por mareos en un paciente añoso, desde ya requiere internación. No sé si es cardiópata conocido, si tiene estas secuelas previamente y si toma medicación. A las 6 hs se observa ritmo sinusal, mantiene el BAV de 1º y agrega un infarto hiperagudo de cara inferior con especularidad en cara lateral alta. Mi duda es si hay compromiso isquémico de VD y esto sea un valor agregado en relación a la inestabilidad hemodinámica o si está en ICC lo cual explica hipotensión y mareos.

Muy interesante, ¿hubo eco?

Desde ya haria CCG y PTCA.

Saludos a todos

Verónica Molina

Dr Luis realmente es un desafío ECG.

El primer ECG lo mismo que antes: fibrosis no transmural de cara inferior y de cara anterior extensa + BAV de 1º grado (me lo había pasado por alto)

Segundo ECG. Si no es un infarto inferior agudo puede ser una disección Ao que compromete coronaria derecha. O menos probable una pericarditis con taponamiento aunque tiene la clínica en contra.

Si es una disección aórtica y le indicamos SSG lo salvamos (o tiene chances). Si le indicamos trombolíticos. . . Ya saben.

Buen caso.

Gracias.

Ricardo Paz Martín

Estimado Ricardo, Luis planteó que pensáramos en otros diagnósticos diferenciales al de infarto,
Entre ellos podría haber sido una disección aórtica, pero ya aclaró que no es,

Habrá que seguir pensando,

Saludos

Francisco Femenia

Gracias Francisco, por aclararle a Ricardo.

En medicina. hay patologías simuladoras, ¡una de ellas es!!

Querido Francisco, usted la conoce, mire la AD, piense en la neuropraxia sobre la rama derecha del HH..

El supradesnivel no sólo ocurre por trombosis coronaria, eso he aprendido de varios casos clínicos.

Abrazos.

Luis Dajud

El supradesnivel no solo ocurre por trombosis coronaria, eso he aprendido de varios casos clínicos.

Queridos amigos:

Efectivamente, como dice Luis, el ECG de Mario Fatala Chaben, el joven investigador que murió en un accidente manipulando Tripanosomas Cruzi, en 1962, simulaba un infarto agudo acompañado de severos trastornos de conducción y que diera lugar al famoso trabajo de Rosenbaum del Progress de 1964 que explicara magistralmente la A. Patológica de una miocarditis aguda chagásica.

Lamentablemente, nuestro joven Jefe de Servicio, falleció hace menos de un mes con un ECG a su ingreso a la UCO que simulaba un IAM, con gran elevación enzimática y de troponina: su diagnóstico fue miocarditis aguda con compromiso plurivisceral.

No estoy opinando sobre el caso de Luis. Solo concuerdo con él en la afirmación de arriba

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Estimados:

Yo en la guardia creería que es un tromboembolismo de pulmón (Q3,T3, S1).

Es la humilde opinión de quién no es cardiólogo y viene de la medicina interna.

Un saludo.

Diego Sánchez Gelos

Hola a todos, no tenemos muchos datos clínicos, pero a juzgar por lo hiperagudo del cuadro, asociado a bloqueo AV de 1º grado, podríamos pensar en una endocarditis de válvula aórtica con absceso septal y que emboliza generando una obstrucción coronaria. Gracias por los casos

Dr. Enrique Retyk

Querido Doctor Schapachnik muchísimas gracias por su valioso aporte. Dije a mis colegas, en medicina hay situaciones clínicas que simulan otras patologías. Gracias a la experiencia de vida acumulada, ella nos alerta para que hagamos la diferencia en la urgencia, por esa razón a este caso lo consideré un desafío, la paciente hubiese sido hospitalizada en piso!!

Con afecto.

Luis Dajud

Estimado Colega Sánchez Gelos, no se subestime, usted tiene buen pronóstico como internista.

Ha planteado un obligado diagnóstico diferencial, sobre todo por haber observado detenidamente el PF del EKG No 1, supongo.

Saludos

Luis Dajud

Estimado Doctor Retik.

Su ID solo es explicado por embolismo arterial séptico (coronario) especialmente en endocarditis aórtica por *Candida* por ejemplo, donde es frecuente este tipo de fenómenos vasculares con embolismo arterial mayor.

Como diagnóstico diferencial, excelente tener en cuenta el embolismo micótico pero la paciente NO tenía endocarditis.

Gracias por su conocimiento

Luis Dajud

Estimado Dr Dajud:

He estado unos días desconectado, no he seguido el caso desde el comienzo, desconozco la clínica del Sr de 88 años, con lo cual lo más probable es que me equivoque.

En el 1º ECG veo BAV de 1º, patrón S1 Q3 T3 Con transición desviada a la izquierda. Hasta ahí pensaría en TEP, pero también tiene crecimiento auricular izquierdo. ¿Estenosis mitral? No puedo decir qué es agudo y qué es crónico.

En el 2º Bloqueo completo de rama derecha con supradesnivel convexo. Hombre, ya emperrado en la sospecha de TEP... tendré que mantenerla.

Un saludo y espero los resultados porque la electromancia no se me da nada bien..

Diego Fernández

Querido Luis, otra opción diagnóstica, poco frecuente es el gran simulador "mioxoma auricular"

Francisco Femenia

Doctor Diego Fernandez.

El termino "emperrado" hizo deslucir su electromancia, hubiera preferido la palabra convencimiento, convicción o tengo una firme creencia que se trata de...

Tan rico es el español...

También me deja ver que no se tiene confianza en lo que piensa, le recuerdo que ella es la base para el éxito.

Fortalezca su convicción, y su frase "no me da nada bien" no la volverá a expresar. Téngase confianza.

Lo saludo con respeto.

Luis E Dajud

Outro diagnóstico diferencial seria de TEP (tromboembolismo pulmonar agudo).

Abs

Raimundo Barbosa Barros

Me parece una angina de Prinzmetal por espasmo coronario

Gracias

Gilberto García García

Buenos días estimado Francisco.

Es verdad lo del mixoma, eso mismo lo aprendí en la Argentina, pero... No es el diagnóstico.

Te vuelvo a repetir, un concepto que también me enseñaron los maestros argentinos es sobre la neuropraxia transitoria que puede sufrir la RD del HH, hay situaciones que la generan en agudo, el patrón de BRD observado en el EKG No 2 se explica por ese fenómeno (perdida transitoria de la conductividad en la RD) es un déficit eléctrico que puede ser producido por:

- Isquemia aguda
- Hipertensión, compresión, dilatación aguda...

¿Me entendés ahora el desafío?

(la trombolisis que le hice NO fue pensando en un IAM, la paciente entro rápidamente en shock, RCP y desgraciadamente fallece, había consultado durante cinco días por mareo y labilidad de la TA, obesa y sedentaria)

Terminó en autopsia.

Abrazos.

Luis Dajub

Estimado Dr Dajud: perdón por entrar tarde. Pero he seguido la discusión y los diferentes diagnósticos aportados. Supongo que me he salteado el diagnóstico y alguien lo refirió.

Pero impresiona un TEP su presentación clínica, la hipotensión previa, y el shock. Obesa ¿y a la semana sufre la descompensación?

Pienso en TEP masivo. La gran simuladora era la sífilis pero no encuentro ninguna característica en el caso descrito.

Un abrazo.

Martin Ibarrola

Estimado Dr. Dajud!

No había visto el mail en largo tiempo por algún inconveniente con mi internet, comencé a verlos pero de lo más reciente a lo más viejo, todo este "intro" es porque leo éste, su último mail y no he visto ni el caso ni los electros, pero tal y como lo dice usted aquí, es como si nos estuviera paseando por una pseudoadivinanza: "Tiene cola de perro, patas de perro, hocico de perro y ladra...que será???" ¿Tendrá este paciente un tromboembolismo pulmonar agudo de una o ambas ramas principales?? y tal vez en el eco tenía el signo patognomónico de TEP Agudo de hipercontractilidad apical con hipocinesia severa basal de VD???

Saludos cordiales a usted y a los demás amigos del foro.

Dra. Yolanda Abreu Hernández
Caracas-Venezuela.-

Querido Luis, nuevamente decirte hermoso caso

Neuropraxia se refiere a un bloqueo nervioso por compresión, isquemia, etc, ¿cómo aplicarlo a este caso, obesa, sedentaria, etc, etc?, el primer ECG patrón SI QIII/TIII

TEP masivo como dice Martin, claudicación aguda del VD, HTP severa, disfunción diastólica y luego sistólica del VI,

Seguramentey creo comentaste le hiciste un eco en agudo, y demostraste esto, trombolisis indicada perfectamente pero igual la mortalidad es superior al 80%, y generalmente se mueren por disociación electromecánica, ¿más o menos es así?

Luis, ¿cuánto pasó entre el primer ECG y el segundo?, que calculo es cuando se desbarranca la paciente

Con el primer ECG ya tenia clinica sugestiva de TEP? ya estaba comprometida hemodinamicamente?, perdón si ya lo comentaste pero no lo recuerdo

Francisco Femenia

Estimado Dr Francisco: me equivoqué pasaron 6 horas desde la admisión hasta la descompensación de la paciente. Y no estaba descompensada al ingreso, solo episodios de hipotensión brusca refirió el Dr Dajud, no refirió disnea con los episodios.

En el segundo ECG me impresiona que tiene un flutter auricular con bloqueo 2:1. En V1 observo una onda P positiva con en BAV con un tiempo de conducción similar al previo y en el pico de la onda T otra onda positiva que impresiona un latido auricular similar al anterior, mismo patrón observo en V6. En esto espero Ud Dr Femenia me corrija.

¿Flutter auricular y BCRD agudo y signos de injuria subepicárdica en el ECG? ¿cuál situación clínica parece?

Estimado Dr Dajud, el juego del gato y el ratón es divertido. Pero dele un corte, sino vamos a llegar a noviembre en esto y ya se pierde lo académico. Discúlpeme mi expresión pero es lo que siento.

Cuando llegue a casa envío bibliografía de criterios diagnósticos para TEP y cambios ECG asociados al mismo.

Al menos si no es el diagnóstico. Repaso un tema de interés.

Un abrazo

Martin Ibarrola

TEP AGUDO HALAZGOS ECG

¡BCRD 16%

¡Fibrilación auricular 14% y arritmias SV

¡S1Q3T3

¡Eje desviado a la derecha

¡HVD

Ecocardiograma: puede ser útil en pacientes con compromiso hemodinámico, permite descartar otros cuadros que simulan TEP, como IAM, disección aórtica, taponamiento pericárdico

SIGNOS ECOCARDOGRÁFICOS

- Trombos en cavidades derechas
- Hipertensión pulmonar
- Disfunción ventricular derecha dilatación del VD e hipoquinesia, regurgitación tricuspídea, movimiento paradójal del tabique y por último falla del VD (signo de mal pronóstico)

Para una revisión del tema en castellano y un case report:

Guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología. Guías de práctica clínica sobre diagnóstico y manejo del tromboembolismo pulmonar agudo

http://www.doyma.es/cardio/ctl_servlet?_f=60&ident=13129756

DOBLE DOSIS DE ESTREPTOCINASA EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO CON TROMBO FLOTANTE LIBRE EN LA AURICULA DERECHA

<http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v64n3/v64n3a09.pdf>

Queridos amigos del foro.

Conclusiones finales del caso clínico, paciente femenina obesa, sedentaria que consulta por:

- Mareo e inestabilidad de la TA de cinco días de evolución.

Simuladores en medicina, tres grandes ejemplos:

- 1) Disección aórtica
- 2) Mixoma Auricular
- 3) TEP

EKG No 1 de ingreso a urgencia y UCI: idénticos:

- Taquicardia sinusal
- BAV I grado
- Signo de McGinn White
- Desviación del eje de QRS a la derecha + 90° grados
- Inactivación ánteroseptal (observada en EKG anteriores)
- rS en V6

Hasta aquí anticoagulada con Doppler venoso que muestra una TVP, sin hipoxemia.

Evolución: 6 horas después

Entra en shock, asistolia, RCCP positiva, ARM y actividad eléctrica sin pulso.

ECO Doppler color: (Esaote my Lab 30 portatil)

Trombo que viene de la VCI, casi lo confundo con la válvula eustaquiana

Dilatación severa del VD (4C apical, 55 mm a nivel medial) banda moderadora elongada

Septum con efecto Berheim invertido con aplanamiento en diástole.

AD 32 de área

Anillo tricuspídeo 45 mm

Gran trombo que se desplaza desde la AD hacia el VD en diástole y se comportó como una estenosis, el trombo ocupaba casi todo el área de la AD.

IT que llega a la VSHD con una PSAP estimada en 64 mmhg.

En el eje corto a nivel de los grandes vasos, se observa una masa móvil que cabalga sobre la VP y Ecos anormales en el tronco de la AP que interprete como múltiples trombos que comprometían el TSVD y la rama derecha.

EKG No 2:

Cambios en la morfología de la onda P tipo W, P anormal, no hay ritmo sinusal.

Arritmia auricular

De nuevo S1Q3T3

Elevación del segmento PR en DI

Supradesnivel del ST DII, DIII, aVF

qR en DIII

Supradesnivel del ST en aVR

BRD de alto grado

En V1 gran elevación del PRs, mostrando una elevación del punto J de la onda P, igual al observado en el infarto auricular.

Depresión del ST en precordiales

Autopsia:

Obstrucción mayor del 70% del lecho vascular

Gran dilatación de la arteria pulmonar con trombosis intaluminal que ocupa todo el tronco, arteria interlobar derecha, etc.

Gran dilatación de las cavidades derechas, banda moderadora elongada

Atelectasias difusas

Derrame pleural

Trombo en la desembocadura de la VCI que ocupa la AD, VD, AP.

Diagnostico: TEP MASIVO...

Dx diferencial:

IAM inferior con infarto auricular.(Raro)

Taponamiento

Diseccción de aorta.

Espero que lo aprovechen, el segundo EKG es de gran interés "electrocardiografico" fue un gran reto ese diagnostico.

Buen apetito, abrazos.

Luis Enrique Dajud C

PD: Estimado doctor Ibarrola, deleitenos con los criterios para utilizar trombolíticos en pacientes con TEP estables.

Estimados:

Gracias doctor Dajud por compartir este interesante caso. Y gracias por sus palabras en el mensaje anterior. Al final la humilde opinión clínica no estaba tan errada.

Un saludo grande.

Diego Sánchez Gelos

Diego (usted puede llegar a ponerse la camiseta del 10...)

En el contexto médico científico, humildad... cuando transmita el conocimiento después de haberlo recibido con gratitud.

Sin perder la humildad, fortalezca su personalidad académica respetando a sus colegas y al paciente..

Su opinión hágala valer... siempre, que la humildad es relativa.

Una frase que el maestro Sclarovsky me ha dicho muchas veces es:

"Aprendí de mis maestros, pero mucho mas de mis discípulos".

Diegoooo, Diegoooo. Adivine el augurio que le deseo.

Exitos,

Luis Dajud C

