

# **Paciente masculino de 56 años, sin otros datos clínicos, cuyo ECG es sugestivo de miocardiopatía chagásica – 2008**

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Prezado Edgardo, envio ao nosso querido Fórum um caso recente que acabo de viver que seguramente nos deixará muitos ensinamentos.

Não posso, como habitualmente, externar os dados clínicos deste paciente. Peço, diferentemente das outras vezes, uma análise fria do traçado ECG/VCG.

Após os palpites, farei os comentários clínicos pertinentes.

Prezados amigos, coloquem para funcionar seus respectivos encéfalos!!!

Andrés R. Pérez Riera.

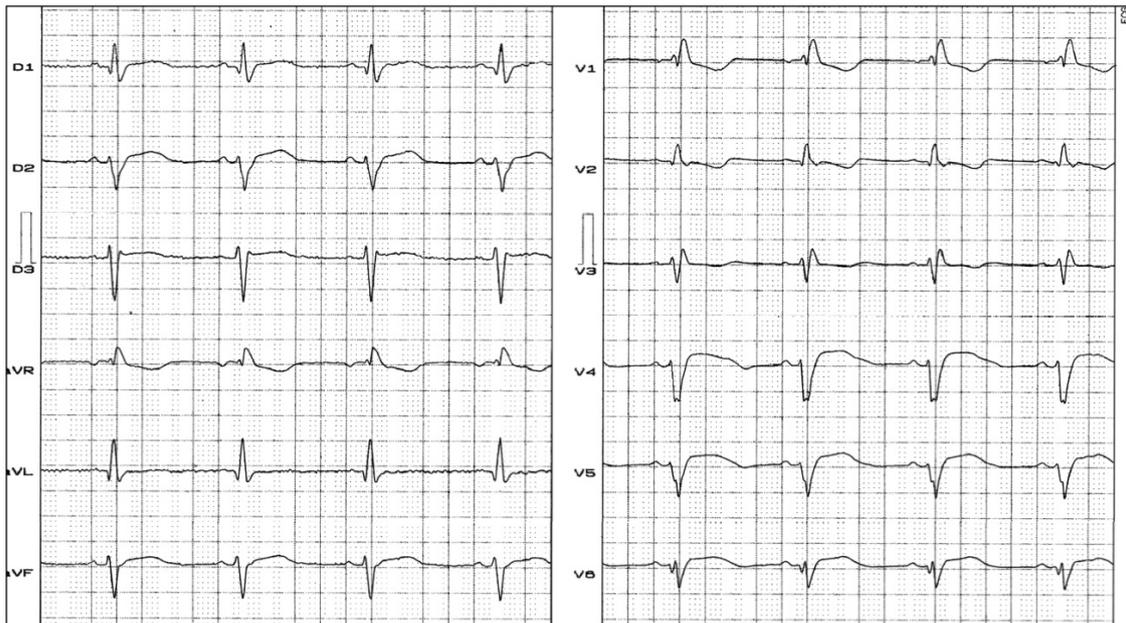
**Name:** CRDS  
**Weight:** 67Kg

**Sex:** M  
**Height:** 1,68m

**Age:** 56yo.  
**Date:** 15/05/2008

**Race:** Caucasian

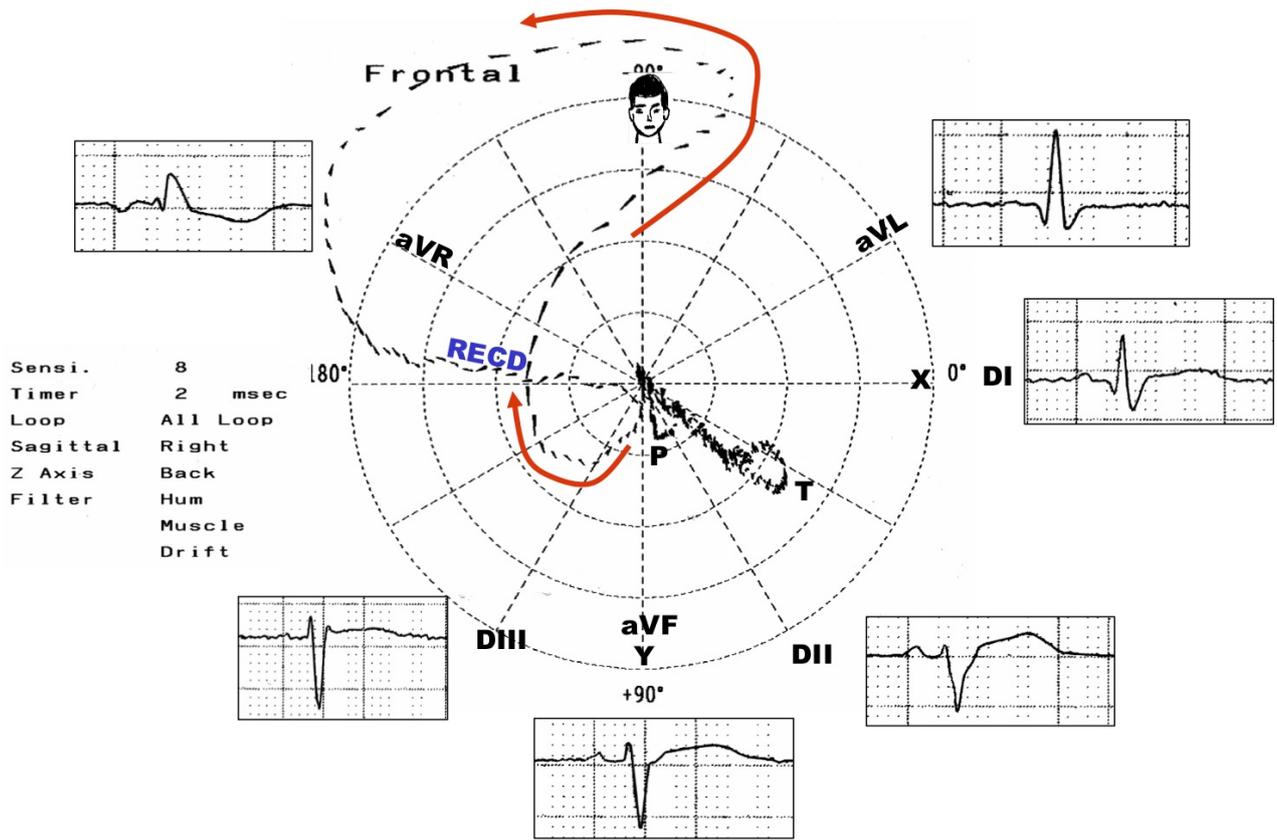
**Medications in use:** Amiodarone 300mg daily,



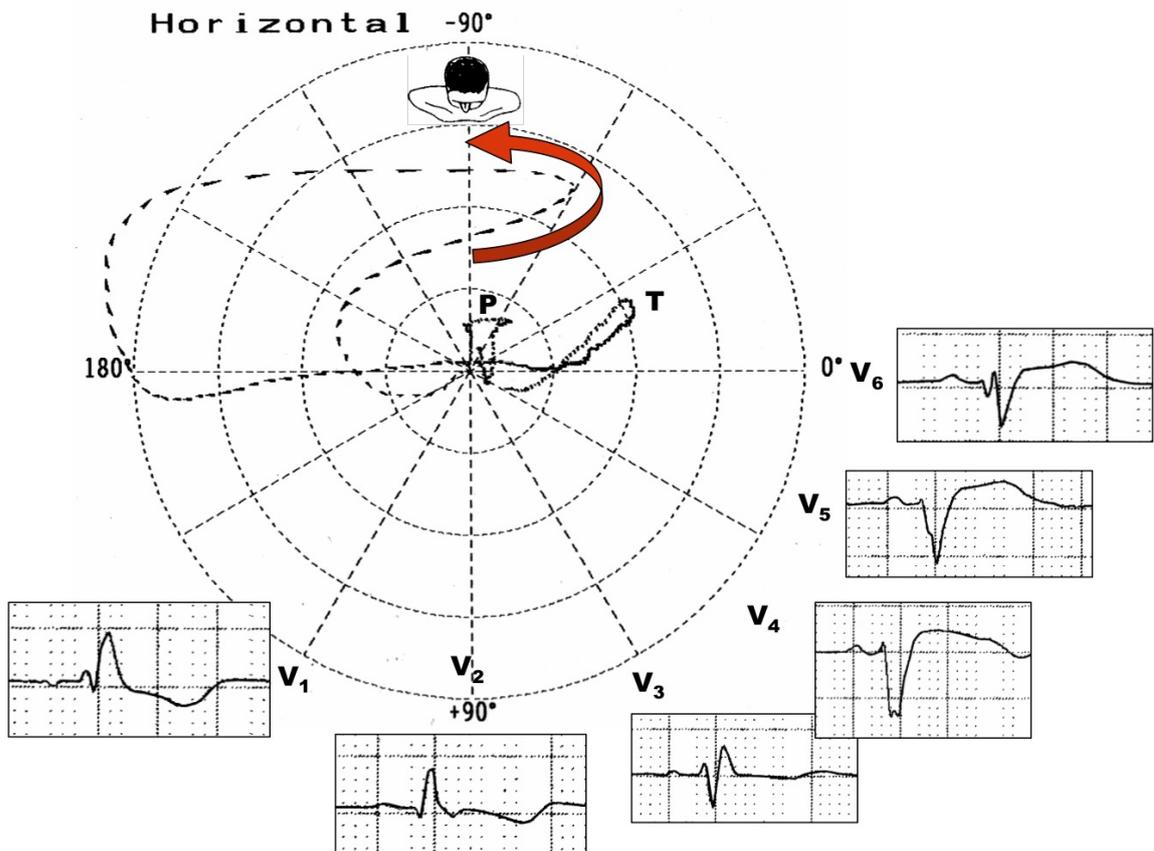
**Clinical Diagnosis:.**  
**ECG diagnosis:**



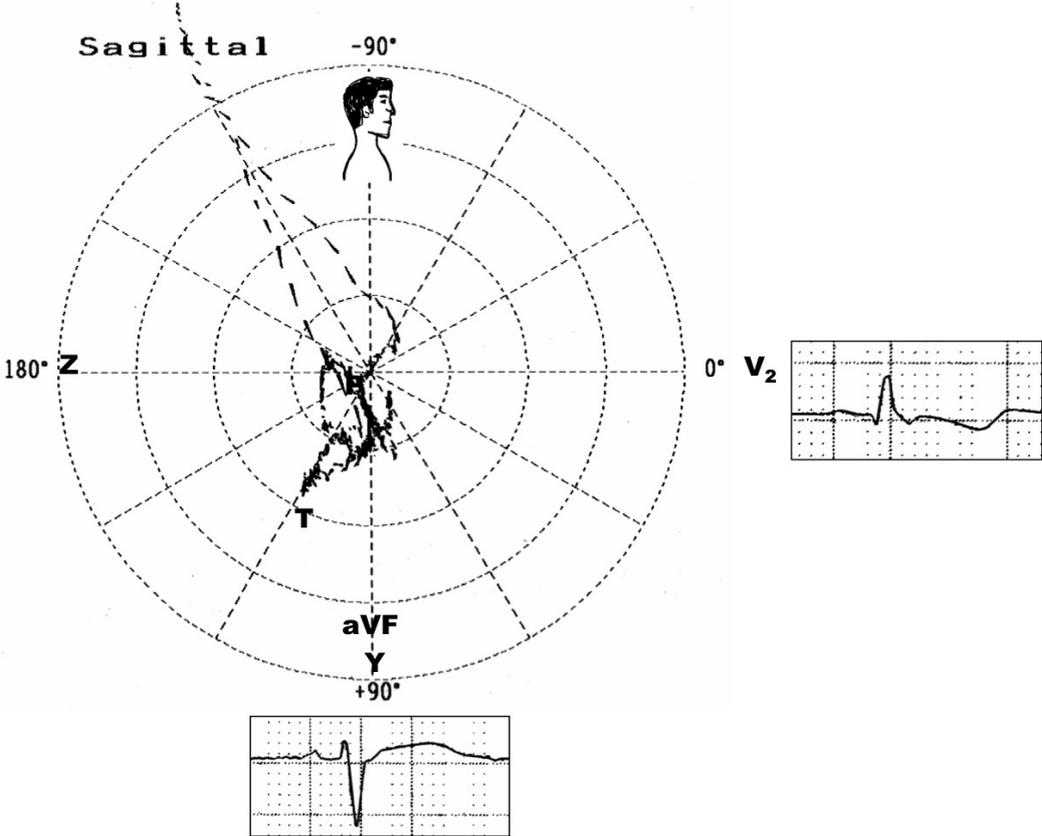
# ECG/VCG FRONTAL PLANE CORRELATION



# ECG/VCG HORIZONTAL PLANE CORRELATION



# ECG/VCG RIGHT SAGITTAL PLANE CORRELATION



## OPINIONES DE COLEGAS

Un saludo afectuoso al Dr.Perez Riera

Diagnóstico clínico: Cardiopatía Chagásica, en fase de dilatación Cardiopatía Isquémica asociada (supradesnivel de ST: aneurisma o isquemia cara lateral)

ECG: Ritmo sinusal, Bloqueo completo de rama derecha. Hemibloqueo anterior izquierdo. Supradesnivel de ST. QT prolongado secundario a amiodarona

Luis Roca

---

BRD +necrosis (o fibrosis) lateral y posterior

Marigel Beltramino

Bonito trazo: si al BRF si al BDA si al QT largo por amiodarona, pregunto por qué si estamos ante una necrosis, el antiarrítmico a dosis de 300mg, a no ser que hubiera presentado VE o TV .podriamos estar en trazado con WPW con PR normal. QRS amplio. ES DUDA.

José R. Moreno Villanueva

---

Estimado Andrés, será interesante ver dónde está la trampa, de allí aprenderemos.

Por lo que se vé:

- 1) RS + BCRD + HAI
- 2) Necrosis (fibrosis) lateral (D I- aVL - V5-6)
- 3) QTc 0,55 seg (mejor medir el JT por el trastorno de conducción intraventricular).

En mi hospital, a este ECG + noción de foco + para Chagas es igual a cardiopatía chagásica hasta demostrar lo contrario. Sobra el QT pero toma amiodarona.

Un gran abrazo.

Oscar Pellizzón.

Queridos amigos:

Coincido con las opiniones anteriores que han sostenido que en nuestros países este trazado es sinónimo de Miocardiopatía Chagásica crónica, hasta que se demuestre lo contrario,.... con algunas aclaraciones:

En primer lugar, no me queda claro qué significado da Andrés a lo consignado acerca de la pertenencia del paciente a la "raza caucasiana".

Ese rasgo, -el caucásico- que remite a lo originario en los confines entre Europa y Asia, si es aplicado a una persona, ¿es una raza? ¿dónde nació este paciente? ¿dónde habita?

En segundo lugar, en el plano estrictamente electrocardiográfico, además de los comentados BCRD + BDASI me impresiona que podría también observarse un BDAM, expresado por la R' prominente en V1 y V2.

Llama la atención que a partir de V2, disminuye el voltaje de r en las derivaciones precordiales lo cual se expresa en el VCG del plano horizontal, donde el bucle se ubica bien hacia atrás. Ya los viejos "chagólogos" hacían mención a este patrón del ECG cuando se encontraban frente a grandes aneurismas del VI.

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Ritmo sinusal, FC:60 x'. Eje QRS: -90°. PR normal. QRS ancho. BCRD + HBAI.  
Hasta ahí muchos de acuerdo.

2 cosas para debatir a mi entender. O plantear como inquietud.

1) la fibrosis de cara lateral de V3 a V6 que se observa como falta de progresión de R (hay r en V4 y V5) y onda q en V6. Para mi esto corresponde a lo que me enseñaron como "trastornos de conducción intraventricular" que no tienen patrón de morfología fija del QRS como un bloqueo típico de RD o RI, y que se presentan, concordando con algunas opiniones, con miocardiopatía chagásica dilatada avanzada mostrando zonas de miocardio fibrosado, necrótico, y por donde la conducción se torna lenta e irregular. Apelo a la pericia de los maestros del foro para rectificar o ratificar ese concepto de "trastorno de conducción intraventricular". . .

2) A pesar de la alta sospecha de ser "trastornos secundarios de repolarización" por el Chagas, la amiodarona, el QT largo, etc., sin datos clínicos de la paciente., estamos obligados, a mi entender, a descartar trastornos primarios: corriente de lesión por el supradesnivel del ST, sobretodo en cara lateral. Yo al menos le pediría troponina.

Gracias.

Saludos a todos.

Ricardo Omar Paz Martín

---

No había visto el Vecto

Parece que el loop del QRs va todo por la derecha y atrás.

Aunque en V1 y V2 no hay signos de sobrecarga derecha en el ECG

No debería descartarse displasia arritmogénica de VD

Luis Roca

1) RS + BCRD + HAI

HAI no hay. La rotación es horaria (vecto) evidenciada en ECG por R mas pequeña en II que en III y aVF

De acuerdo con el Chagas (si es americano)

Marigel Beltramino

---

Paso a describir el trazado:

- Ritmo sinusal, no evidencia agrandamiento de aurículas, salvo un mayor componente de onda P negativa en aVR.

BCRD más Hemibloqueo anterior izquierdo.

Secuela ánterolateropapical evidenciada por la falta de R en cara lateral y la onda R de aVR (Signo de Emanuel Golberger, publicado por este autor en 1944, descrito en su libro de las derivaciones unipolares 10 años más tarde, y en Argentina por m recordado maestro el Dr. Ignacio Corsini y el Dr. Gil Mancini en la Prensa Médica Argentina 1955 en un artículo sobre aneurismas del corazón) patognomónico de aneurisma apical, en America del sur típico del Chagas (a más la enfermedad del tejido de conducción) o enfermedad coronaria por enfermedad severa de Circunfleja y DA por este trazado.

Muchas gracias por dejarme opinar.

Marcelo Benassi

A lo dicho hasta ahora agregaría que la necrosis es también posterior

Emilio Marigliano