

Paciente de 60 años, portador de cardiopatía isquémico necrótica con arritmia ventricular – 2019

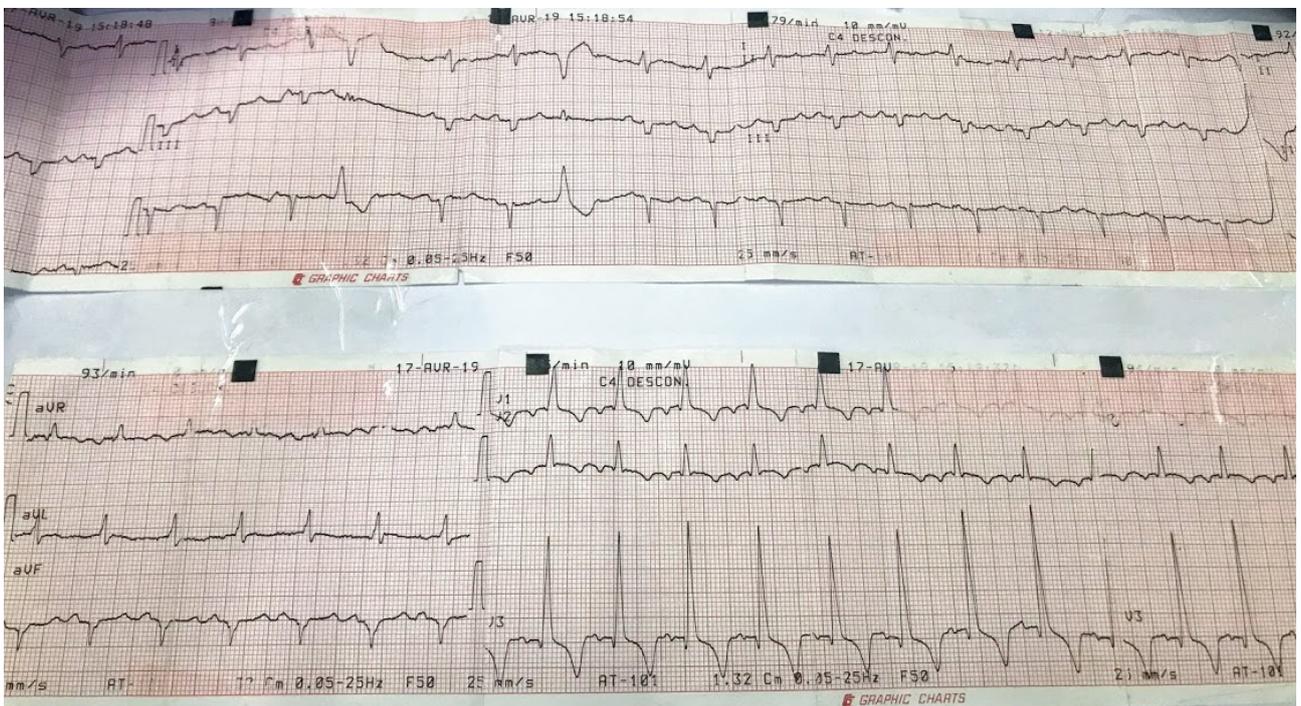
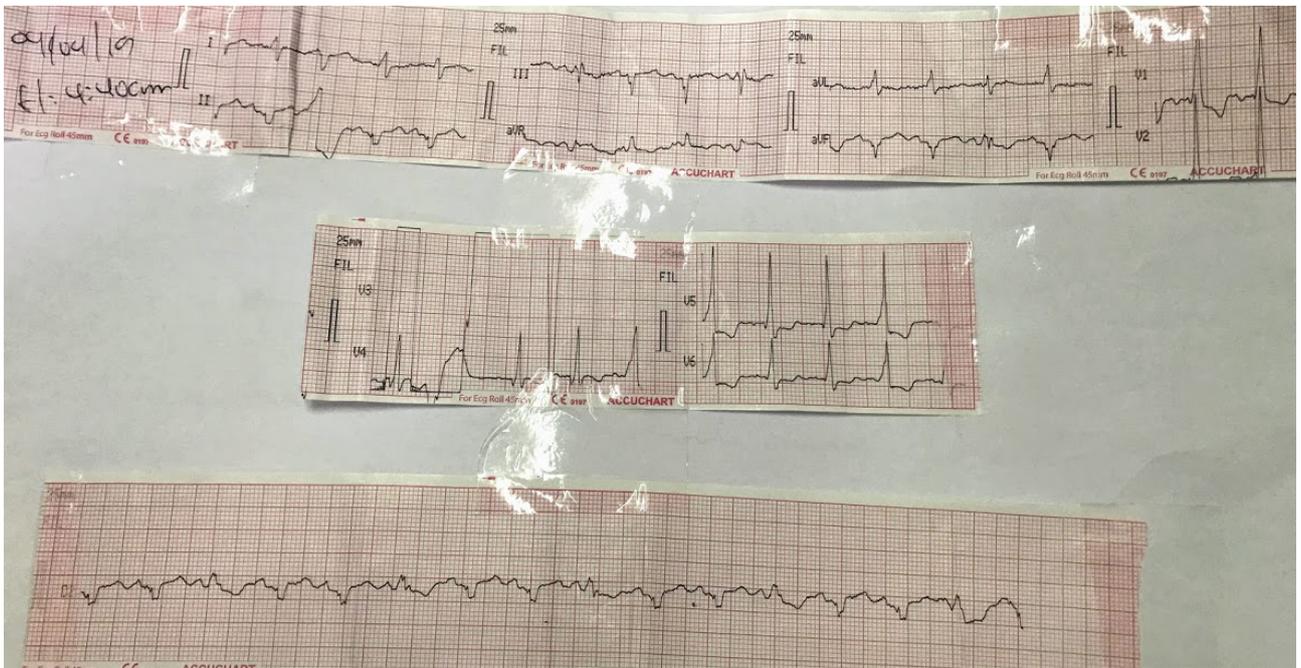
Dra. Patricia Ortiz

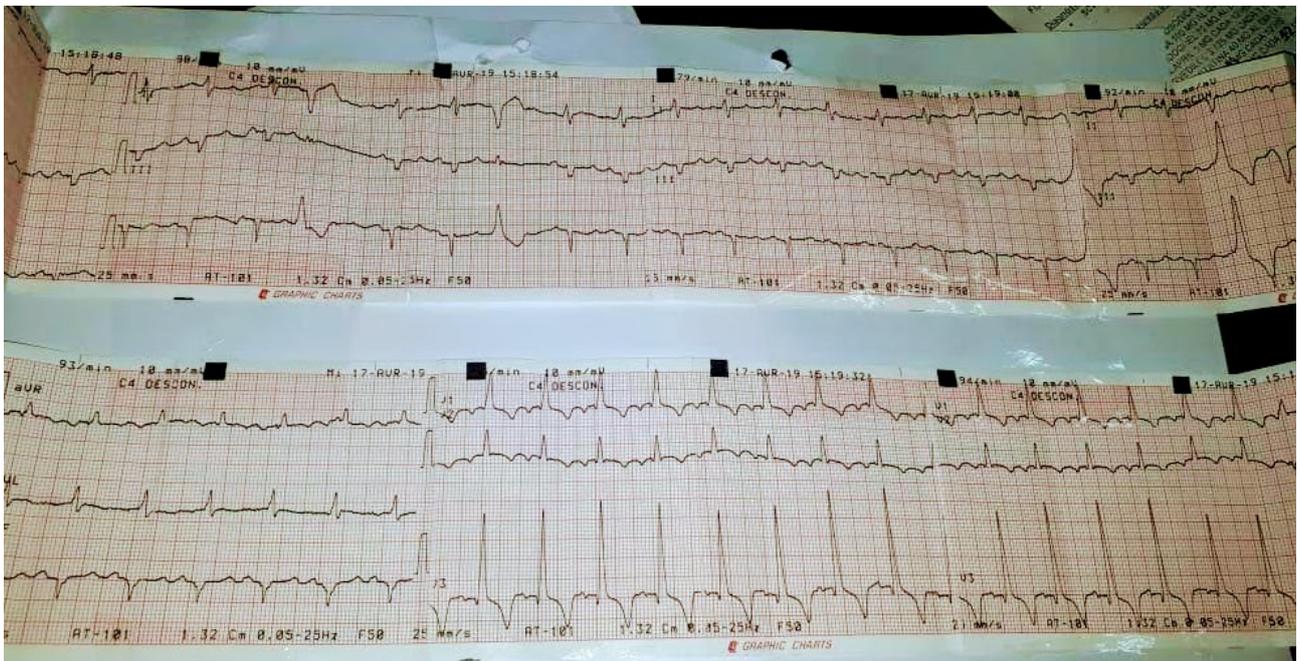
Estimados, me gustaría saber sus opiniones acerca de los Ecgs de un paciente de 60 años, portador de cardiopatía isquémico necrótica con Fey severa de 15%, que ingresó a nuestro servicio en plan implante de CDI para prevención primaria y pedido de cinecoronariografía,

Antecedentes de CRM en 2008 con 3 By Pass, con episodio de IC leve en contexto de infección respiratoria, Holter con arritmia ventricular compleja y episodios de TVNS; actualmente estable , adjunto trazados (*trazados extraviados*) que nos plantearon algunas dudas diagnósticas,

Desde ya mi agradecimiento, saludos cordiales,

Patricia Ortiz





OPINIONES DE COLEGAS

Además de la baja FE, ¿qué más dice la ECO, Patricia? Con esa FE, no parece haber dudas de la necesidad del implante de CDI. Evidentemente, debe tener áreas isquémico-necróticas.

Saludos.

Luciano Pereira

Hola Patricia

En los ECG basales se observa imagen de necrosis inferior y "posterior" (R>S en V1) con amplia variación en la colocación de los electrodos

En las tiras de Holter, se observan episodios de TV no sostenida, monomorfa y de ritmo idioventricular acelerado y bigeminado

Como en todo paciente elegible para CDI, deberá tenerse en cuenta sus co-morbilidades para estimar el beneficio que le pueda aportar esta terapia

Saludos

Oswaldo Gutiérrez

Solo puedo ver los 3 primeros trazados. Existe una EV monomorfa frecuente originada aparentemente en la base.

Me cuesta creer que tenga tan baja FE, porque solo existe una secuela inferior con posible compromiso de la punta asociado a BRD. Además los voltajes del QRS en precordiales son normales o más bien altos. Esta necrosis y el BRD no explican la bajísima FE. Lo más probable es que exista una severa isquemia asociada y menos probablemente una miocardiopatía no isquémica. Para tomar una decisión respecto al CDI es imprescindible efectuar la CCG y eventualmente determinar cuánto de la isquemia puede ser reversible con tratamiento adecuado.

Gerardo Nau

Buenos días!!

En los ECG se observa BRD con bloqueo haz ánterosuperior alterando con pósteroinferior, configurando S° de Rosenbaum.

Coincido con la opinión del Dr O. Gutiérrez.

Saludos

Jua Carlos Manzardo

Buenas tardes a mis queridos compañeros del foro. Sobre los ECG que nos comparte Patricia yo observo:

El del 06/02/18: RS, con agrandamiento y/o trastorno de conducción intrauricular; FC 80 por min; complejo QRS con una duración de alrededor de 130 mseg, primer vector hacia la izquierda, atrás y abajo; rotación del bucle antihoraria en el plano frontal con BRD y sobrecarga biventricular, EV aislada.

El del 02/05/19: RS, FC 64 por min, complejos QRS de bajo voltaje, con un duración de 120 mseg, primer vector hacia la izquierda, atrás y ARRIBA, se le suma al anterior una necrosis ínferolateral (a pesar de que la primera parte del asa del QRS seguramente rote en forma horaria luego es antihoraria) impresiona que la parte final no presenta los empastamientos que se visualizaban en el del año pasado y las últimas fuerzas finalizan hacia atrás, a la derecha y abajo (onda S en V2) por lo cual no puedo asegurar la presencia de un BRD. Presenta una necrosis extensa del VI, compatible con la FEY evaluada por el ecocardiograma. Con la gran necrosis que tiene no puedo asegurar un hemibloqueo anterior. Por otra parte en ninguno de los ECGs se observa una rotación horaria pura en el plano frontal con eje a +120° para pensar en un HBPI.

El Holter muestra arritmia ventricular compleja.
Creo que además se debería investigar isquemia y viabilidad miocárdica.
Afectuosamente
Isabel Konopka

Prezada Patricia Ortiz,

Revimos o seu caso muito interessante em que o paciente fez quadro de infarte agudo de miocardio que desenvolveu arritmia ventricular complexa e que a cinecoronariografia foi muito importante para investigação. Chama a atenção a presença de arritmia complexa em um paciente isquemico que requer acompanhamento muito de perto e que deve ser bem avaliado através HOLTER para determinar o grau de complexidade da arritmia e seu tratamento.

Queremos parabeniza-la pelo material que nos enriqueceu muito.
Fraternalmente,

Mário Sérgio Bacellar
Feira de Santana-Bahia-Brasil

Mil gracias por sus opiniones, precisamente teníamos la duda porque parece presentar cambios en el eje eléctrico pero sin la desviación suficiente como para constituir hemibloqueos, tanto a la derecha, como a la izquierda y conserva onda q ; está esperando la CCG que no se pudo realizar todavía ya que intercurrió con una infección intrahospitalaria, en tratamiento antibiótico actual, el paciente por lo demás, está en buen estado general, sin otras comorbilidades,

Adjunto otros Ecg en que se ve la rotación del eje a izquierda manteniendo la imagen de BRD en precordiales, (*trazados extraviados*)

Les contaré cuando tenga novedades, saludos cordiales,

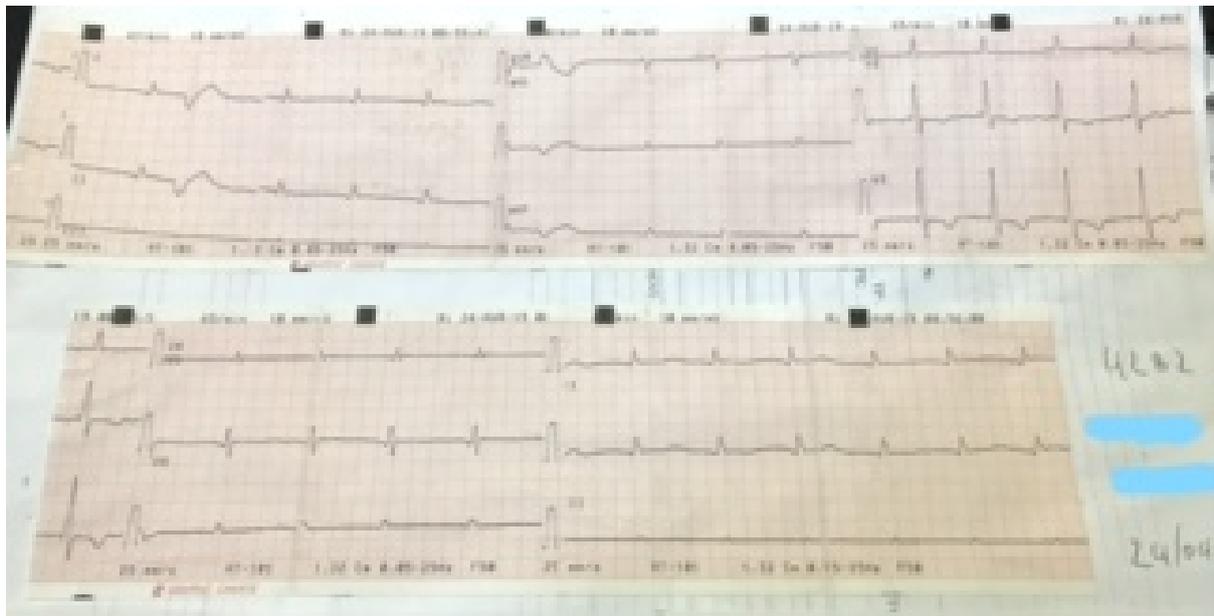
Patricia Ortiz

Hola Patricia: en los últimos ECG que compartís el complejo QRS prácticamente no cambia en las derivaciones precordiales; si tiene cambios muy importantes en las frontales, pero por ejemplo en uno de lo que nos enviaste (que adjunto) cambiaron el electrodo del brazo izquierdo con el de la pierna derecha.

Si yo tengo un cambio en las derivaciones frontales siempre se van a acompañar de variaciones de las precordiales.

Afectuosamente

Isabel Konopka



Queridos colegas y amigos! Evidentemente es un caso difícil pero también su discusión se dispersó mucho y existen algunas cosas de su evolución y sus diagnósticos en que quisiera opinar o insistir:

- 1) Evidentemente es un paciente coronario por sus antecedentes de cirugía coronaria. La pregunta abierta aún es si se asocia a una miocardiopatía coronaria o no coronaria.
- 2) En los ECGs no veo en ningún momento HBIA: DI siempre tiene R/S, sin onda Q resultando un AQRS de alrededor -90 grados el 17.4.19 y hasta -150 grados el 2.5.19 y esos ejes nunca son de HBIA.
- 3) Existe BRD de alto grado el 17.4.19 con QRS de 0.14 seg. Le falta la r inicial porque la V1 esta colocada muy alta, miren la onda P negativa en V1 y V2 y difásica en V3. No tiene

infarto posterior porque en este caso no tendría q en la cara anterior de V2 a V5 y las ondas R de la cara anterior acá son rápidas y limpias (no lentas ni empastadas) .
Observen además que el BRD completo del 17.4.19 prácticamente desaparece el 2.5.19, es decir que fué transitorio.

4) Considero imprescindible hacer urgentemente una CCG y eventualmente un talio o estudio similar, para determinar si existen lesiones reversibles con tratamientos invasivos o no invasivos. Recién después se podrá hacer una decisión racional de colocar o no un CDI.

Con mucho afecto de

Gerardo Nau

Hola a todos los integrantes de este valioso intercambio que nos nutre a todos!!

Comparto el paciente de la Dra Ortiz ya que se encuentra internado en nuestro hospital y a la espera de la CCG

Me gustaría saber qué opinan del trazado del 4/4 ya que en la tira de DII se observan cambios claros e intermitentes del eje en la misma derivación lo que para mí es un bloqueo alternante de rama

Esto es importante para nosotros pues la indicación de CDI si bien es clara (según la fey reportada) es muy difícil lograr la adquisición de un dispositivo para prevención primaria. Aunque me parece que si es indispensable la colocación de un DDD una vez descartadas

causas reversibles, dado que la enfermedad del tejido de conducción es severa. ¿Qué les parece? ¿Qué opinan de dicho trazado?

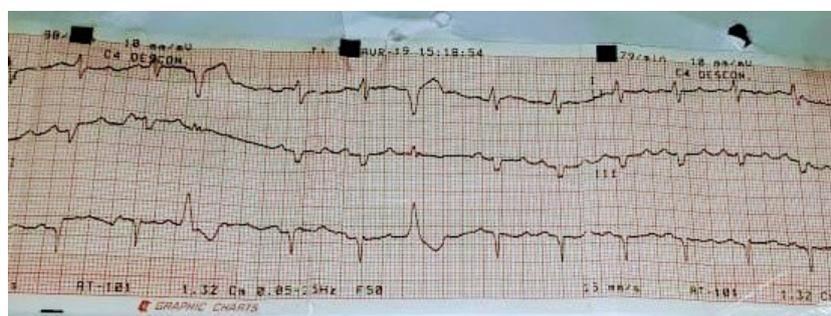
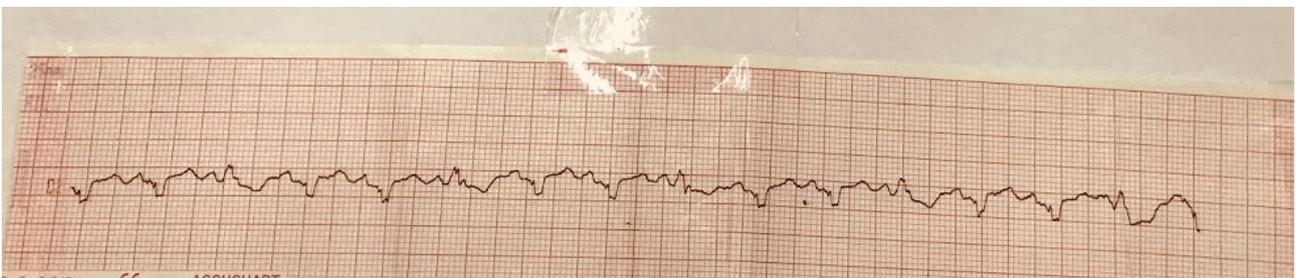
Gracias; es muy gratificante ver todos los días algún caso, artículo o novedad siempre de interés, y además sentirse apoyados por todos cuando nos surgen dudas!!!

Susana Fernández

Hola Susana si es el ritmo que adjunto impresiona que se debe a extrasístoles ventriculares trigeminadas; el PR en dicho latido es más corto. Adjunto además otra tira en donde se puede observar dicha EV en tres derivaciones simultáneas con una morfología similar en DII pero mucho más precoz.

Afectuosamente

Isabel Konopka



Gracias Isabel! Me quedaban dudas en ese ECG !!

Susana Fernández

Gracias a todos por sus valiosos aportes!

Patricia Ortiz

