

**Paciente 66 años con
antecedentes de HTA en
tratamiento con losartan,
amlodipino 50/5 que consulta por
mareos al caminar y cefalea - 2016**

Dr. Diego Benítez Zapata

Interesante este caso. Recibo recomendaciones

Paciente 66 años antecedentes de HTA en tratamiento con Losartan, amlodipino 50/5 consulta por mareo al caminar. Y cefalea. En la consulta Ta 200/80. Se toma este ECG. Ecocardio disfunción diastólica buena FE. HVI.

Saludos cordiales

Dr. Diego Benítez Zapata

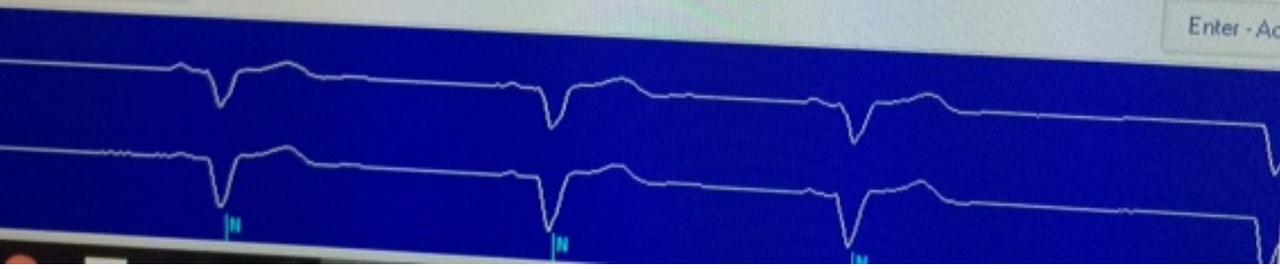
30/05/16 08:54:37

53 [LPM] 25.0 [mm]



- Configuración

Enter - Aceptar Esc
Enter - Ver
Pág A
Primer



OPINIONES DE COLEGAS

De base BRI de alto grado, conducción AV normal. Probable bloqueo sino auricular tipo Mobitz I. Puede ser vagal o por enfermedad del nódulo sinusal.

Buenas noches!

Gerardo Nau

¿Todo eso con una tirita?

Gerardo, creo que la audiencia, se beneficiaría más de tus explicaciones sesudas que de tirar el diagnóstico y dejarnos a los mortales con la duda de como hiciste tremendo diagnóstico. Además muchos no estarán familiarizados con lo que es un bloqueo sinoauricular Mobitz I.

Si es tarde hoy, ¿podrías mañana desarrollar cada una de las ideas que volcás en tu diagnóstico? Es decir, ¿cómo hiciste para arribar a esas conclusiones: eso creo que sería de muchísimo más beneficio para todos, y yo me incluyo en ello.

Gracias

Adrián Baranchuk

Un aclaración respecto a este caso:

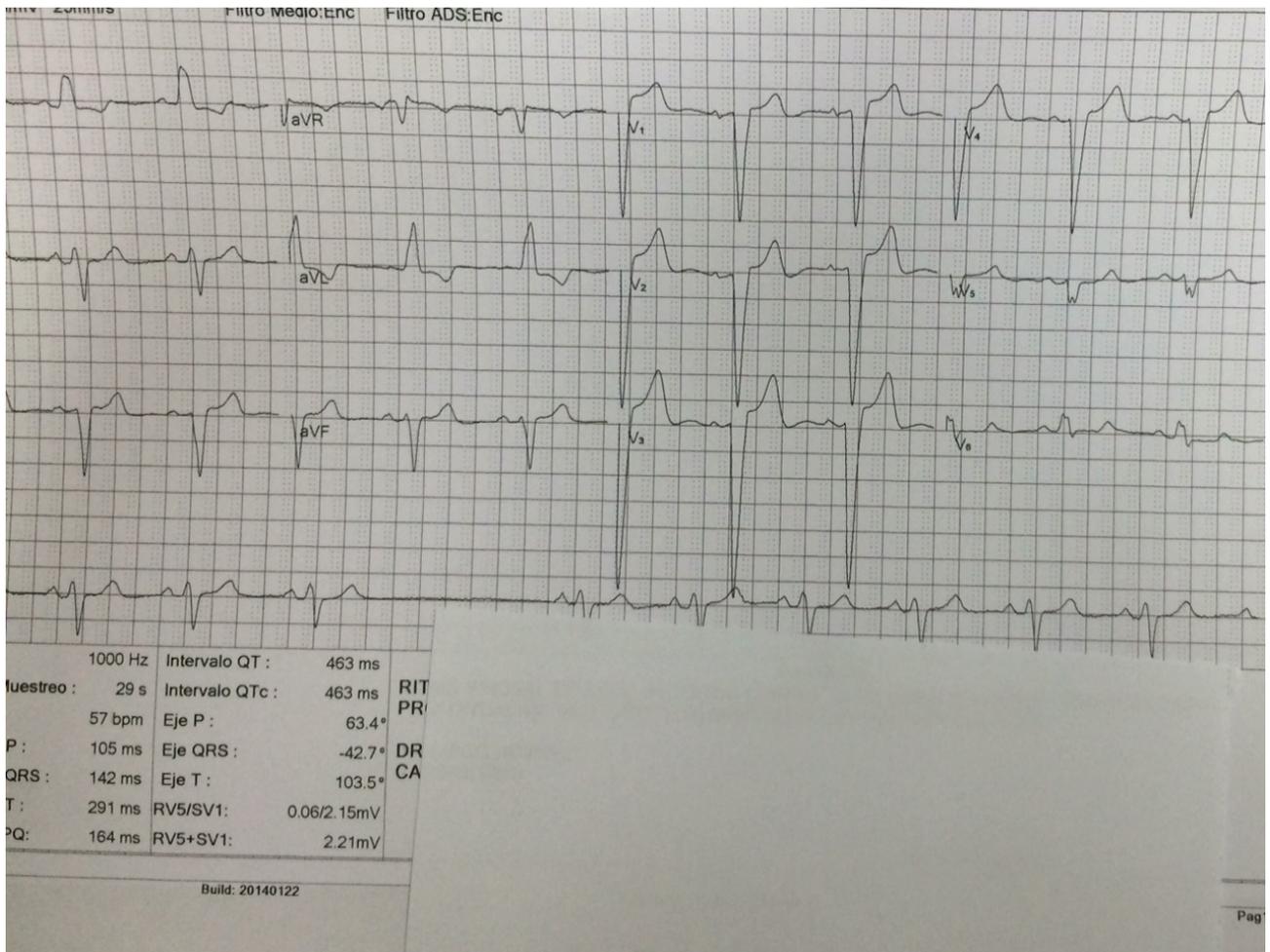
En el mensaje original había un segundo archivo conteniendo un trazado que no pudo abrirse

Por lo tanto, sería importante que Diego Benítez lo vuelva a enviar

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Envío lo solicitado saludos



Diego Benítez Zapata

Conducción AV normal, trastornos de la conducción intraventricular (TCIV) fijo y pausa sinusal.

Podría discrepar con el Dr. Nau y si me equivoco les agradezco la corrección.

1.- Es un registro Holter y tiene 3 canales (no se debería describir el TCIV de forma específica).

2.- Para ser un BSA II grado tipo Wenckebach los P se agrupan hasta que uno se bloquea (mucho menos de 2 R - R que los previos), en este caso es "casi" 2 R-R por lo que podría ser más bien un BSA II grado tipo Mobitz 2 o simplemente una pausa sinusal?

Gracias por sus respuestas.

Saludos

Diego Villalba Paredes.

Buenas noches! La tira de ritmo del HOLTER viene con frecuencia que oscila entre 900 mseg, luego una pausa de 2047 mseg (mayor que dos ciclos basales sin ser múltiplos), yo creo que se trata de una pausa sinusal, en contexto de probable ENSA o disfunción SA, (paciente de 66 años) probable causa de mareos al caminar, la cefalea podría ser x su HTA. Luego del ciclo de 2047, hay uno 1344 y otro de 1188 (este podría ser bloqueo SA de II grado tipo Wenckebach, se manifiesta x intervalos P-P (R-R) q se acortan progresiva/ hasta que súbitamente aparece un intervalo mayor pero no es el doble de éste. Luego otro ciclo de 1578 mseg. No se observan en el trazado probables extrasistoles supraventriculares bloqueadas que podrían ser diagnóstico diferencial.

Si se mira la tira de ritmo después de este ciclo, aparece una probable ESV, y ciclos similares a los descriptos. Creo que hay que descartar otras drogas cronotrópicas negativas, hipotiroidismo, isquemia miocárdica, hiperkalemia

Conducta, seguirlo con holter u otro dispositivo implantable, porque puede progresar a otros grados de ENSA, como paro sinusal, FA, síndrome Bradi/taqui, con la posibilidad de implante de MCP.

Creo que ahora (con ECG de 12 derivaciones) no se le puede discutir el diagnóstico al Profesor Nau, BCRI divisional, y conducción AV conservada, en la tira de ritmo hay una pausa mayor a dos ciclos previos, sin ser múltiplo, y mayor a 2000 mseg, ¿pausa sinusal? ¿Paro sinusal?

Esperamos la opinión de los expertos!

Perdón x lo extenso.

Cordialmente

Dr Juan Carlos Manzzardo

Saludos desde Mendoza, Argentina

Tiene roncopatia además es muy molesta. ¿Qué tienen al respecto de las roncopatía y apnea del sueño? ¿Podría estar en relación a esto?

Diego Benítez Zapata

Podria ser pero es lo poco que de el trazado cortito y sin otros datos. Lo que yo puse es el diagnóstico inicial presuntivo que se debe demostrar con otros estudios o por lo menos ver el comportamiento en todo el Holter.

Gerardo Nau

Hola

Vuelvo a insistir. No se trata de dar diagnósticos presuntivos (y menos los “maestros” del foro) sino de ayudar en el mecanismo de razonamiento y de esa manera inducir a otros a que lleguen a un diagnóstico.

Si solo enumeramos lo que creemos que tiene un ECG, se pierde la posibilidad del aprendizaje.

Con todo respeto, este es uno de los pilares del FIAI, y les pido encarecidamente a todos, que lo respetemos al máximo.

Gracias,

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

Estimado Dr Diego Benitez para mi es una conducción de Wencheback sinoatrial Es decir el problema está en el tejido perisinusal. Este fenomeno en que los complejos se van acortando y después aparece una interrupción es típico de trazado Donde se fue frecuentemente es en taquicardias ventriculares no sostenidas. Nosotros hemos publicados hace mucho tiempo varios casos sinoatriales y taquicardia ventricular no sostenida. Voy a preguntar algunos de mis ex residentes, que hoy ya son profesores y jefes de departamento

La discusión esta abierta y gracias Dr Diego por presentar este *strip* ,que seguro será una novedad para residentes

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Querido amigo Profe Edgardo, Yo estoy de completo de acuerdo con el Dr que hizo el diagnóstico de Mobitz 1. No hay otra explicación. Ante todo le quiero hacer recordar a los jóvenes que el nódulo sinusal no conduce electricidad, sino forma potencial de acción. ¿Y esto por qué? Porque en a del sinus no hay sodio, pero si calcium y potasio. En el registro intrasinusal se verá el típico potencial de acción del calcio. Además, madre natura a través de la evolución mamífera (150.millones de años atrás} puso al nódulo afuera de la aurícula derecha. Segundo, le proporciona una arteria única, sin ramas y a 2cm de la

boca de la coronaria derecha, pero le dió una arteria de respuesta que es la sexta arteria bronquial ,y un Sistema nervioso muy desarrollado. Y como lo describió Thomas, por allá en los 70, que nodo sinusal forma ¿un anillo rodeando la arteria nodal Y esto por qué? Para ser el primero que reciba el pulso, y este estimule las células sinusales. Este mecanismo induce el fenómeno *mechanical/electrical feedback* que es un mecanismo que se desarrolló hace mas de 2millares de años en las bacterias y se aplicó en todos los seres vivientes. Y ya hemos discutidos este fenómeno en el endocardio.

¿Y por qué digo esto? Porque no hay paros sinusales. Y quien quiere saber más de esto tiene que leer lo que investigó el gran professor ingles Anderson, embriólogo y anatomista cardíólogo.

El que conduce electricidad es el sistema de conducción perisinusal

Ahora recordaré que los QRS se acortan y después de bloquean

La explicación es simple y lo hemos estudiado en cuarto año de la facultad

Digamos que tenemos un ciclo sinusal regular, es decir espacios iguales entre las ondas P Y comienza Mobitz 1 el primer P-R será de 320 ms, pero el Segundo ya será de 280 ,y el tercer P-R sera de 240 el cuarto, P cae en cae sobre la ondaT en el período refractario

Todo tejido de conducción puede propapagarse con Mobitz 1, (como este caso extraordinario presentado el foro), el nódulo AV todas las vías de conducción intrventricular y el Purkinje

Siempre qye tengan las 2 leyes pprimordales del Mobitz 1 1) acercamiento progresivo del QRS 2) El último QRS es el más corto y después viene el espacio no conducido

Edgardo en seguida le envio una referencia cuando yo hacia electrofisiología en infartos agudos hace mucho en los 70 y 80

Me parece que hice clara mi posición y mis mayores elogios al Dr que presentó este caso y lo diagnosticó muy bien

Un fraternal abrazo

Samuel Scclarovsky

Gracias!!! Brillante.

¿Indicación de marcapaso? Por la sintomatología, digo

Saludos cordiales

Diego Benítez Zapata

Buenas noches, excelente opinión de expertos, gracias Dr Nau y Profesor Samuel, y a Adrián Baranchuk x su profundo interés en la docencia, un fin principal del foro, para que los que no somos expertos, tengamos la posibilidad de aprender de tan encumbrados profesionales.

Creo lo seguiría con la clínica, tratando de discernir si es ENSA o disfunción SA secundaria a patologías tratables o drogas que puedan estar involucradas, claro que también con Holter, no se si es posible con dispositivos implantables de registro continuo, o EEF, hacer diagnóstico de certeza y actuar en consecuencia.

Buenas noches!

Dr Juan Manzardo

Mendoza Argentina

