

Paciente hiperobeso de 57 años: ¿Aleteo auricular 2:1 o taquicardia auricular? - 2010

Dr. Guillermo Acosta

Estimados amigos del Foro,

Con la esperanza de poder ayudar a mis amigos de la Unidad Coronaria de nuestro Hospital Local les envío el trazado correspondiente. Se trata de un paciente masculino de 57 años, con antecedente de HTA + Insuficiencia Cardíaca, obesidad (140Kg) con CCG normal, medicado con bisoprolol 2,5, losartan 25, espironolactona 25. Furosemida 40. No se sabe de Chagas (falta laboratorio). Ingresa por disnea de reposo, con galope R3,

Ex Fisico TA 190/100, sin rales.

Cuando disponga de mas datos los enviaré.

Un abrazo a todos los integrantes de este grandioso Foro.

Dr. Guillermo Acosta



OPINIONES DE COLEGAS

Ritmo taquicárdico, flutter 2:1? (difícil dudoso), FC ventricular 115, extremo desvío del eje del QRS a la izquierda -55° (casi isodifásico en aVR), patrón de BCRI, posible área eléctricamente inactiva inferior (QS en las derivaciones inferiores), zona de transición precordial inmutable ("monotono RS de V_2 a V_5 "). El bajo voltaje de los complejos QRS en las precordiales obedece a la obesidad mórbida que deja lejanos los electrodos exploradores precordiales. Un único episodio de extrasístole supraventricular.

Conducta: anticoagulación e cardioversión eléctrica sincronizada con Prévio Eco transesofágico si tiene el recurso. La tasa de suceso de la CV es de $> 95\%$.

Trocaría bisoprolol por carvedilol 25mg 2 x y daría olmesartana 40mg/día + anlodipino 10mg/día y un tiazidico en baja dosis tipo clorotalidona 12,5 sustituyendo losartana (considero losartana sin eficacia y la vida media es de 12h). Los obesos son volumen dependientes. Mantendría el diurético de alça.

Radiofrecuencia es una opción si tienen el recurso en el Hospital de Catamarca.

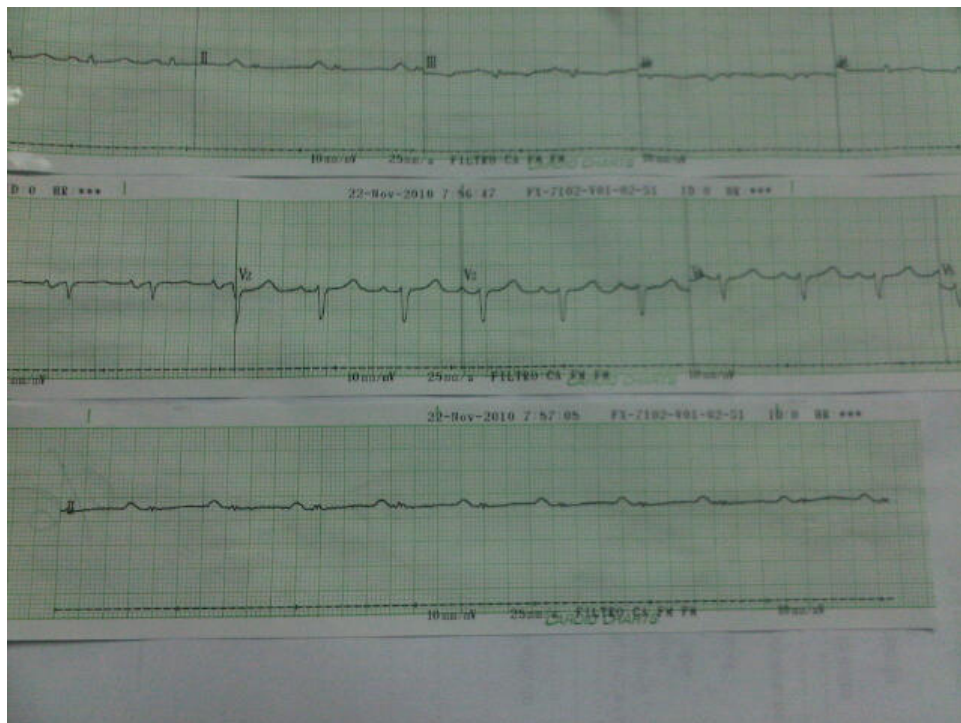
Andrés R. Pérez Riera

Muchas gracias Andrés por tu pronta respuesta.

El paciente ahora esta hemodinámicamente compensado, normotenso, sin disnea. Le pusieron 400 mg vía oral de Amiodarona desde su ingreso y éste es su ECG ahora.

Espero que se vea bien y sea de ayuda para su diagnóstico. Un abrazo.

Guillermo Acosta



¿Cuál fué la hipótesis del ritmo? ¿Coinciden conmigo?

Ahora está en Ritmo sinusal, sobrecarga de aurícula izquierda, desapareció el BCRI y el bajo voltage impera

¿Cuál era el diagnóstico inicial del ritmo? ¿Coinciden con flutter?

Andrés R. Pérez Riera

Para nosotros es una TA y no AA 2-1, no nos convence el flutter con bloqueo 2-1
Un abrazo

Guillermo Acosta

Estimado Guillermo

Perdón que NO recuerdo el caso, pero la discusión es más rica para todos, si Uds justifican porque NO es un flutter y SI una TA.

Por ejemplo, ¿es por la morfología de la onda P?, ¿por el ciclo de la taquicardia?, ¿por la respuesta al marcapaseo?, ¿por qué Ud cree que una taquicardia es más factible que sea TA que flutter?.

Por último, al que sostiene que es flutter, hay que pedirle que diga si es istmo dependiente o no, si es derecho o izquierdo, horario o antihorario.

Para el que dice que es una TA, debe especular donde se origina la TA (AD, AI, Venas pulmonres, ¿cuál?, ¿*warm up*, *cool down*?).

Asi es como nos enriquecemos todos, pero con el escueto comentario, para nosotros es una TA, no sacamos nada en limpio.

Gracias y espero sus somentarios

Adrián Baranchuk
