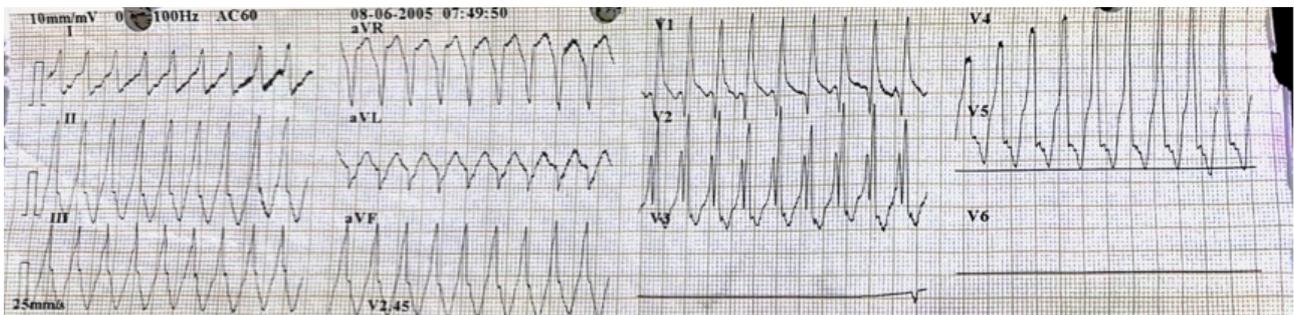


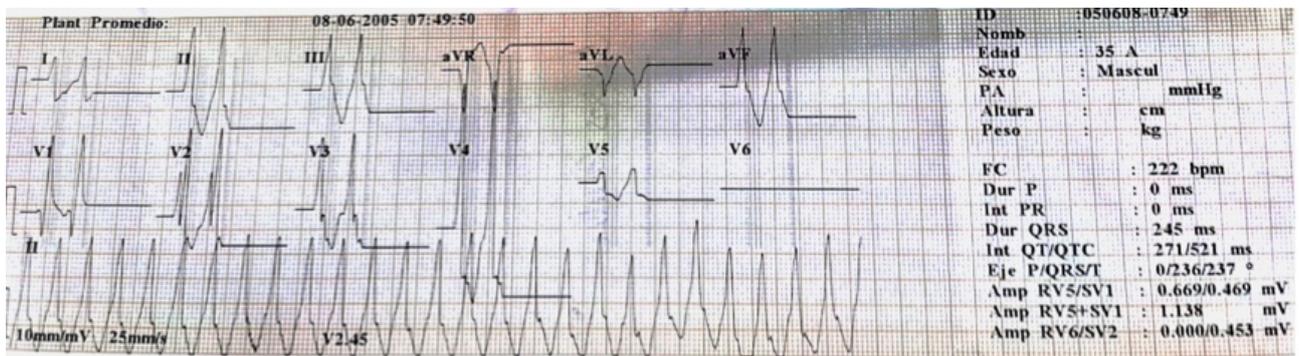
Paciente de 68 años con precordialgia e inestabilidad hemodinámica – 2013

Dr. Wilson José Bravo Monroy

Buenas tardes a todos los participantes del foro. Les pido el favor me den una opinión del caso de este paciente de 68 años quien presenta dolor precordial con inestabilidad hemodinámica, requiriendo cardioversión eléctrica. con antecedente de tabaquismo, sin antecedente de hta.

Wilson José Bravo Monroy





OPINIONES DE COLEGAS

Con respecto al caso del Dr. Wilson es muy especial el trazado A) de arriba es atrial taquicardia con WPW con entrada en la base media del ventrículo izquierdo con conducción 1/1

El electro del medio es un paro sinusal con APC y reentrada. Como tiene el P'R es largo a conducción de reentrada es por la misma vía podría ser que el A-V bloqueado muy probable por tratamiento a la arritmia, pero esta explicación se la dejamos a los electrofisiologistas

El tercer electro es el paciente con fibrilación auricular y conducción por vía anómala

Este patrón es el único caso con imagen de bloqueo derecho pero con Q/S en AVR (como así también una PVC que se origina en la base del VI)

Por supuesto que este paciente necesita un estudio electrofisiológico completo y ablación

Fibrilación auricular en un paciente con WPW es de algo riesgo y no importa si tiene 36 o 63 años

En fibrilación auricular y tachycardias muy rápidas y transtornos hemodinámicos la ajmalina intravenosa es de elección

Un fraternal abrazo y feliz año nuevo para ustedes y vuestros queridos y que el nuevo año traiga más tranquilidad a donde el ser humano se encuentran porque sufrimiento hay demasiado y que se cumpla lo que recomendaba y promovía Platón en su famoso libro REPÚBLICA que los hombres

sabios de buena voluntad sean los gobernantes y no los políticos (gobernar para el bien de la humanidad es demasiado serio para dejarlo en las manos de políticos y de teólogos)

Samuel Sclarovsky

Bonito caso. Taquicardia ventricular del tracto de salida del ventrículo izquierdo.

No da para visualizar bien V5 y V6, pero pudiera arriesgar que es infravalvular

Carlos Rodríguez Artuza

Estimado Wilson José: me parece que existe un error grave en tu información. Tú dices que el paciente es un viejo de 68 años mas en la realidad en el trazado está escrito que tiene apenas 35 a. La gran causa de una taquicardia de QRS ancho es la presencia de insuficiencia coronariana con infarto previo. Un paciente de 35 años difícilmente tendría infarto previo y por el contrario una persona de 68 es la regla.

No te ofendas, mas me parece que de la forma que lo presentas confunde.

Sugiero que nos cuentes las características clínicas del paciente. ¿Tiene el paciente cardiopatía estructural? ¿si? o ¿no?. Esto es fundamental porque la TV tiene comunmente cardiopatía estructural subyacente y antecedentes de infarto previo, La historia del paciente ayuda a realizar un diagnóstico correcto y es esencial para el pronóstico y para la decisión terapéutica. Si fuera posible el examen físico no has contando que tipo de inestabilidad hemodinámica presentaba.

¿Hipotensión? ¿edema agudo de pulmón? ¿ambos? ¿otros?. El diagnóstico erróneo se produce tras la presentación inicial en un número considerable de pacientes con taquicardia de QRS ancho.

Con este fin la respuesta a dos preguntas claves fueron evaluadas prospectivamente en 31 pacientes con taquicardia de QRS ancho sostenida por Tchau y col (1) Los autores formularon apenas 2 preguntas

1) ¿el paciente había sufrido un infarto de miocardio previo?

2) ¿Los síntomas de taquiarritmias empezaron sólo después del infarto ?

Un paciente que se presenta con una taquicardia de QRS ancho se considera que tienen TV si él o ella responde afirmativamente a ambas preguntas. De los 31 pacientes consecutivos estudiados después de la evaluación electrofisiológica, 29 fueron diagnosticados como TV y dos como taquicardia supraventricular.

Cuando los diagnósticos únicamente se realizaron sobre la base de las respuestas a las 2 preguntas antes mencionadas, en 28 de los 29 pacientes el diagnóstico final de la taquicardia se había identificado correctamente . Los autores concluyeron que el uso de estas dos simples preguntas pueden ser muy útiles para mejorar el diagnóstico clínico de TV.

Fijate la importancia de la edad. Si el paciente tiene 68 años yo pienso que puede ser un coronariano en ese caso lo más probable es infarto previo y el QRS positivo que se ve de V1 a V6 (le falta V4 al trazado que muestras de todas formas si considero que el QRS es positivo enteramente de V1 a V6 estaríamos ante un patrón concordante fuertemente sugestivo de TV (no obstante V1 es qR). Si por el contrario el trazado perteneciera a un hombre de apenas 35 años como está escrito. el patrón positivo concordante podría ser causado por un aleteo atrial con conducción sobre un haz anómalo posterior del VI.

Andres Potro Perez-Riera.

1. Tchou P Young P, Mahnud R, et al. Useful clinical criteria for the diagnosis of ventricular tachycardia. Am J Med. 1988;84(1):53-6.

Doctor, discúlpeme. No se cambió la edad del paciente en el electrocardiograma. **El paciente tiene 68 años.**

Estimado Dr Andrés, mi paciente es un varón de 68 años quien no presenta antecedentes personales patológicos, con hábito de fumador de cigarrillo sin especificar número; llega al servicio de urgencia de la clínica San Juan Bautista en la Guajira Colombia, por presentar dolor precordial irradiado a ambas extremidades superiores, sin síntomas neurovegetativos, taquicárdico y normotenso, consciente, pulmones sin agregados, con signos de ingurgitación yugular y hepatomegalia de 4 cm; luego de unos minutos el paciente presenta hipotensión sin signos clínicos de edema pulmonar. El EKG fue el enviado. la RX de tórax muestra pulmones sin infiltrados con cardiomegalia, ángulos libres. El paciente fue tratado con cardioversión eléctrica ante el diagnóstico de taquicardia ventricular con pulso e inestable. Se le practicaron estudios de cardioenzimas las cuales fueron positivas.

Esto es un resumen de la historia clínica de nuestro paciente.

Gracias por los comentarios.

Wilson José Bravo Monroy

Querido Wilson

Este caso foi há 8 anos e 1/2 atrás segundo a data do ECG. Quero crer que suas informações são de prontuário. Poderia informar se tem enzimas de lesão miocárdica?

O 1º ECG e Taquicardia ventricular via de saída de VE concordo com Carlos e Andrés. O 2º me parece Taquicardia por Reentrada Nodal

Gracias

Adail Paixao Almeida

Apreciados Andrés y Adail, Uds ven todo el ECG como debe ser, yo ahora es que me doy cuenta de la fecha, sería bueno saber si le hicieron cateterismo porque para esa zona en teoría sería coronaria izquierda, hasta pudiera ser un bonito ejercicio para saber que ramo es el implicado y en esto creo que Andrés debe ser el campeón.

Abrazos

Carlos Rodríguez Artuza

Querido amigo Profe Edgardo Schapachnik no se si UD recibió mi análisis del caso muy intresante, que no apareció en los e-mail. TALVEZ QUE ME EQUIVOQUE MUCHO POR LO TANTO NO CONVIENE TRANSMITIRLO. Una segunda revisión me parece que está muy acertado Porque los electrofisiologistas no reaccionaron a este interesante caso (¿estarán ya de vacaciones?)

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Buenos días Dr: la fecha en el trazo electrocardiográfico y la edad están erradas porque no se cambiaron los datos al ingreso del paciente. Este es un caso actual; nuestro paciente tiene 68 años y el ECG fue tomado el día de su ingreso que fue 10 de diciembre. la imagen enviada es de un solo ECG. Rl electrocardiógrafo muestra el trazo inicial y luego nos muestra de forma continua las segunda imagen en donde se hacen mediciones. Rs un solo trazo.

Dr Carlos, buenos días, aún no se le ha hecho cateterismo cardiaco, le informaré, al tenerlo

Gracias Dr Sclarovsky, por su comentario. finalmente ¿cuál es su opinión o conclusión del caso?

Wilson José Bravo Monroy

Estimado Dr Wilson: el diagnostico es el de una TV sostenida. Si desea plantear qué arteria puede ser la causante del síndrome coronario agudo que se expresa como una TV. Le pediría si puede Ud remitir el electrocardiograma post cardioversión eléctrica.

Esto contribuirá a identificar territorio en riesgo, y descartar la presencia de una via accesoria en el ECG basal. ¿Cómo fue el comportamiento de la curva enzimática? ¿la primera muestra a cuantos minutos del comienzo de los síntomas se realizó?

Son pequeños detalles que orientarán al diagnóstico y decisiones terapéuticas.

Post cardioversión puede presentar un aumento de las enzimas por lo cual, seria recomendable troponina y valorar la curva y ECG.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

