

# Mujer de 63 años, con antecedentes de MS familiar que consulta por episodios de dolor precordial atípico – 2011

Dr. Martín Ibarrola

Estimados integrantes del foro deseo presentarles este caso para escuchar sus apreciaciones y análisis.

Paciente de sexo femenino de 63 años que concurre a la consulta por episodios de dolor precordial atípico sin irradiación, de aparición matinal, de horas de duración, no acompañada de síntomas neurovegetativos. Sin relación con los esfuerzos. No síncope ni mareos.

Deportista (juega tenis)

AP: Arritmia (desconoce) medicada con lanicor 0,25 mg (suspende S y D?) y Bisoprolol 5 mg por día desde hace 8 meses. AAS

Hipercolesterolemia medicada con rosuvastatina 10mg/día. Asma medicada con symbicort 1 por día.

Hernia hital y Reflujo GE.

AF: TA 125/70. R1 R2 disminuidos de intensidad. No R3 ni R4. SS mitral 2/6. No signos de ICC. BEAB: MV conservado.

AF: Madre MS a los 36 años. Hermanos 2 MS a los 40 y 45 años. originarios de la región del Veneto.

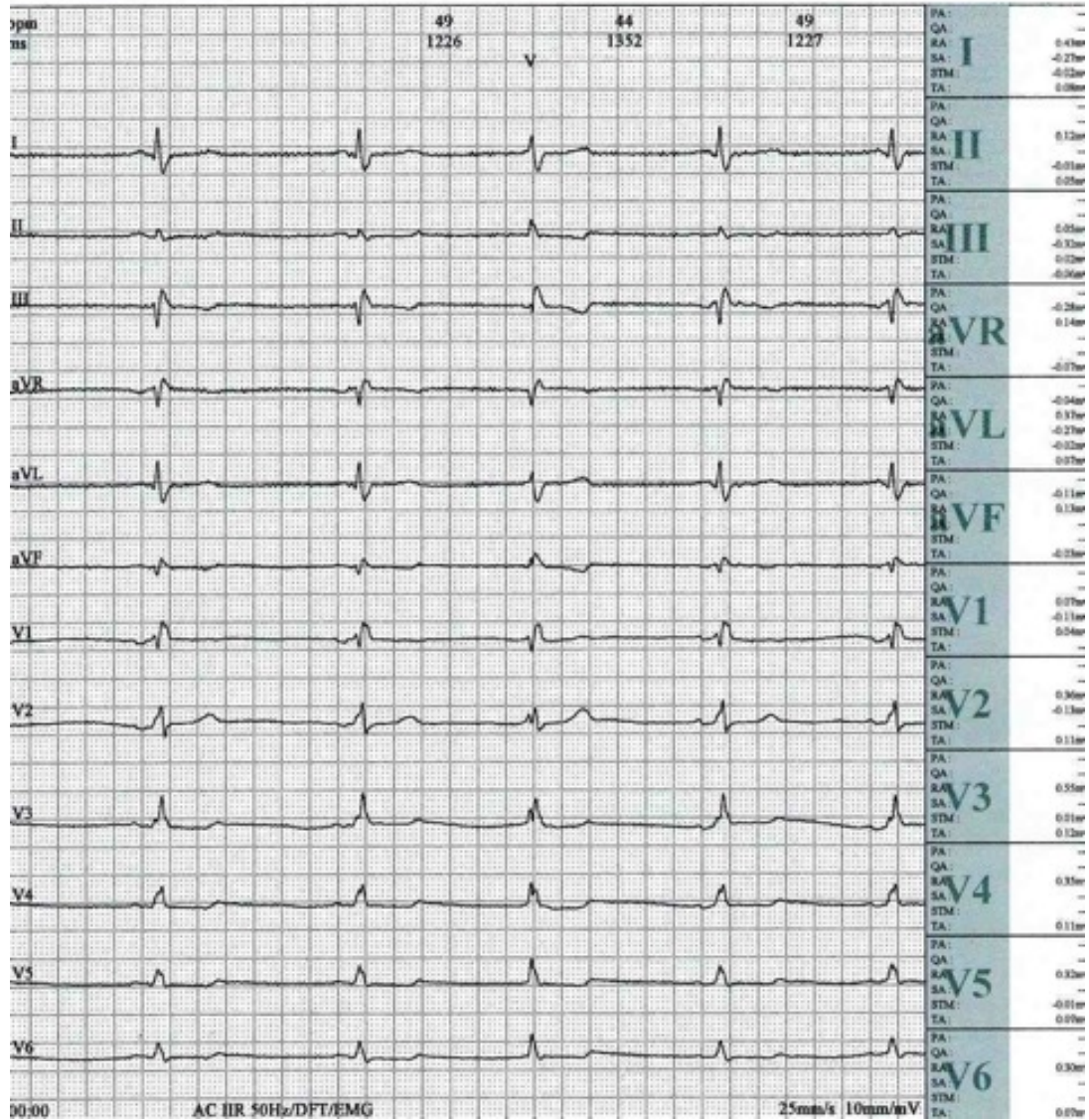
Aguardo sus comentarios y apreciaciones.

Cordiales saludos

Martin Ibarrola

# ECG

Name :                      Sex :                      Age :                      Clinic No. :                      Section : 4668-1  
 SN : 0000616              Case No. :                      Bed No. :                      Date :                      /2011  
 Item 1 : FEMENINA DE 63 AÑOS



CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

**ECG**

Name :                      Sex : Female                      Age : 63                      Clinic No. :                      Section : 4668-1110  
 SN : 0000617                      Case No. :                      Bod No. :                      Date :                      1/2011  
 Item 1 :



00:00	HR 50Hz/DPT	25mm/s 10/50mm/mV	
Frequency:	1000Hz	PR Interval:	--
Sample Time:	8s	QT Interval:	--
HR:	44bpm	QTc Interval:	--
P Interval:	--	P Axis:	--
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--
T Interval:	--	T Axis:	--
			Prompt:
			Physician Signature: IBARROLA MARTIN

# OPINIONES DE COLEGAS

Querido Martín:

Trata-se de una senhora quase idosa se consideramos a terceira idade 65 ou mais anos com pesados antecedentes de MS em parentes jovens de primeiro grau e procedente de uma área endêmica de displasia arritmogênica do VD (Vêneto). A dor prolongada pode correr por conta da hérnia de hiatus numa asmática em uso crônico de corticoesteroides

Pela medicação que ela vinha fazendo uso (o cardiotônico lanicor associada ao bisoprolol este último fármaco betabloqueador de segunda geração, inibidor de beta-1 seletivo, sem atividade agonista parcial, utilizado na hipertensão, insuficiência cardíaca crônica e angina pectoris e com afinidade de bloqueio sobre beta-1 é 120 vezes maior que o bloqueio sobre beta-2) sugere que algum grau de insuficiência cardíaca poderia ter tido provavelmente no passado recente e atualmente compensada.

Análise do ECG

- 1) Bradicardia sinusal 48bpm
- 2) SÂQRS indeterminado com tendência a ser perpendicular ao plano frontal (QRS praticamente isodifásico em todas as derivações do plano frontal) SÂQRS de difícil determinação: indeterminado ou perpendicular ao plano frontal sendo sugestivo a presença em todas as derivações do PF complexos isodifásicos ou quase que dificultam a determinação do SÂQRS;
- 3) Baixa voltagem dos complexos QRS em ambos os planos frontal e horizontal.
- 4) O ECG da direita mostra uma única PVC com características e com padrão de bloqueio de ramo esquerdo com eixo inferior o que sugere ser procedente da via de saída do VD

Atraso final de condução pelas divisões do ramo direito na parede livre do VD

- Duração do QRS: < 120 ms.
- Padrão trifásico rsR' na precordial direita V1 ou complexo em M.
- Onda R' de V1 de maior voltagem do que ou r inicial assinalando ser patológico;
- Onda R' de aVR proeminente e/ou alargada (empastada);
- Onda S alargada nas derivações esquerdas (I, aVL, V5 e V6);

5) Não identifico onda epsilon (tenho dúvidas em III) ou bloqueio parietal e não tive oportunidade de comparar a duração dos QRS das precordiais direitas (V1+V2+V3) em relação com as esquerdas (V4+V5+V6) se esta relação for  $\geq 1.2$  é de grande valia para o diagnóstico de DAVD

6) Se fizéssemos um VCG teria o AFC tipo !B da minha classificação. Num futuro e-mail mando o VCG destes casos se tivessem interesse.

Deve se tentar afastar DAVD.

7) Sugiro ECO, RNM, ECGAR, Holter de cara e screenign clinico-ECG na family assim como genético. Pessoas idosas com DAVD podem ter de cara ICC global confundindo A Displasia Arritmogênica do Ventrículo Direito (DAVD/C): ocasiona BCRD ou BIRD aproximadamente em 40% dos casos. O BIRD pode associar-se a supra desnivelamento do segmento ST em V1 e V2 ( Corrado D, et al. J Am Coll Cardiol. 1996; 27:443-448. )

Andrés R. Pérez Riera