

# **Mujer de 38 años, HTA y DBT con cuadro hipertensivo y dolor torácico atípico – 2010**

Dr. Enrique Luis Giser

Hola a todos

les envío 2 electrocardiogramas, de una mujer de 38 años, diabética tipo II, hipertensa, en tratamiento con glibenclamida, y beta bloqueantes asociados a amiloride e hidroclorotiazida, traída a la guardia del hospital por cuadro hipertensivo y dolor torácico atípico, que abandonó el tratamiento antihipertensivo 5 días antes de la consulta.

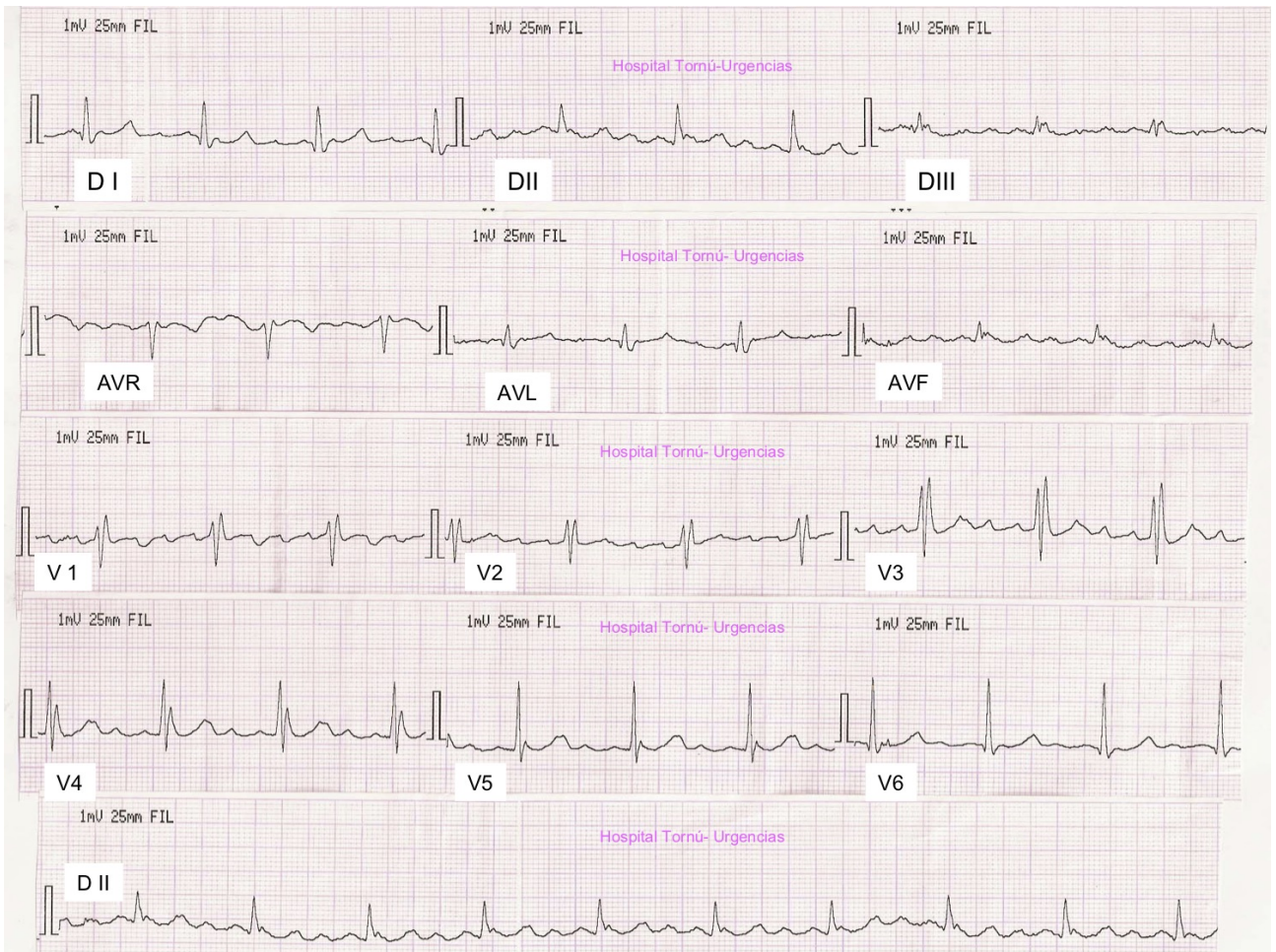
Su T. Arterial al ingreso era de 180-120.

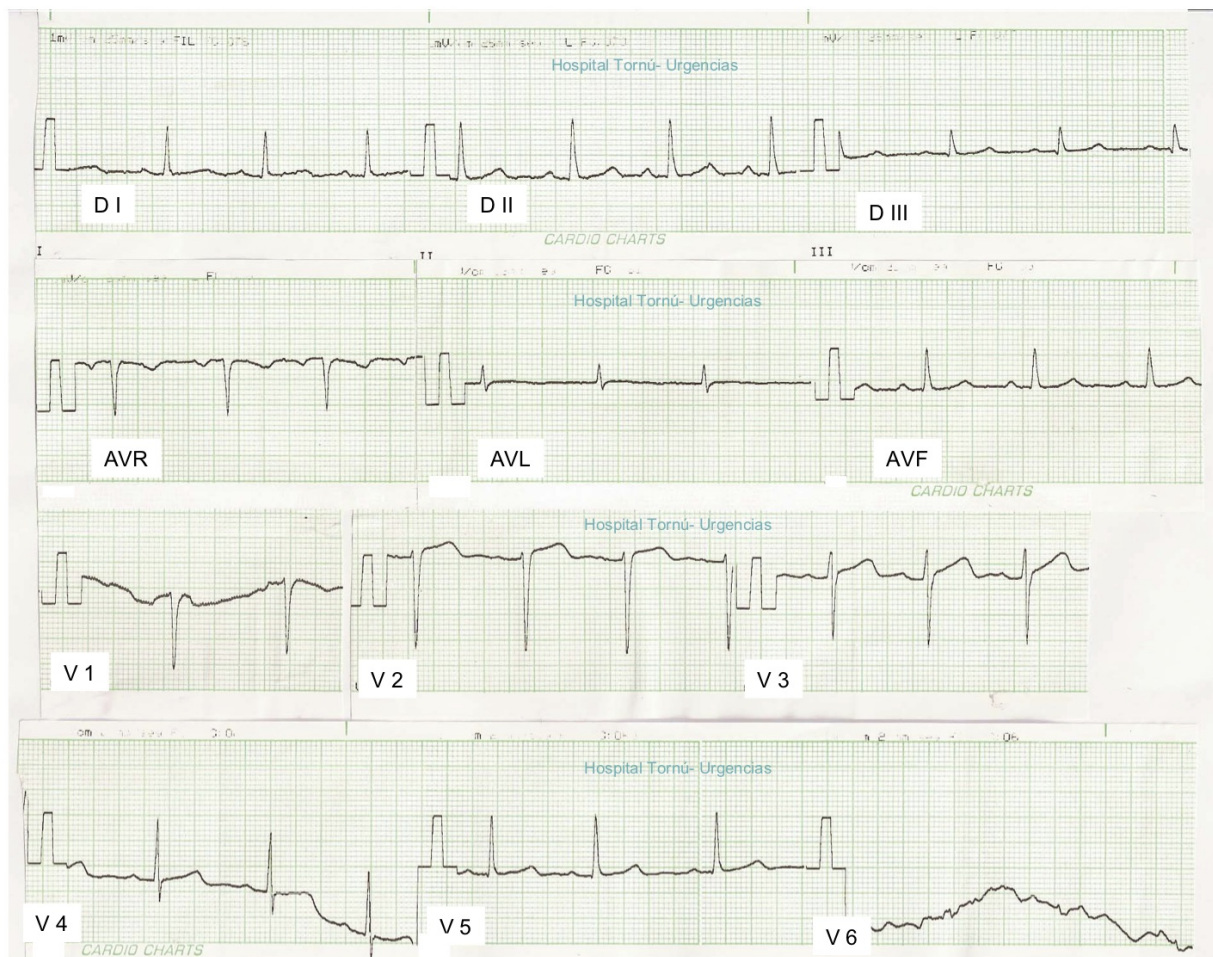
El electrocardiograma N° 1 fue realizado en su domicilio y el N° 2 al ingreso en urgencias.

¿Qué les parece? !!

saludos

Enrique Luis Giser





## OPINIONES DE COLEGAS

Hola Enrique

¡Qué hermoso caso y qué desafío!

No voy a preguntar más datos y diré lo que me parece con lo que nos diste.

ECG #1: Aleteo Auricular (posiblemente istmo dependiente), BCRD agudo, S1Q3T3

ECG #2: Ritmo sinusal con QRS normal

Diagnóstico presuntivo (dolor torácico atípico, HTA): Tromboembolismo de pulmón. Por supuesto, isquemia y disección deben ser parte del diferencial, pero no cierran con toda la presentación de tu paciente.

¡¡¡Gracias por este hermoso caso!!!!

Adrián Baranchuk

---

O ECG1: lembra as ondas “F” atriais com aspecto em “dente de serrote”, ou "serra denteada", (“sawtooth appearance” ou “picket fence”) melhor observadas inferior DII, DIII, aVF e V1, com frequência dos eventos atriais de 300 bpm Em principio seria um flutter 3:1.

Mas tem algumas coisas atípicas. Quais?:

- Polaridade positiva das “F” e aVF ondas F positivas sugere flutter atípico porem a FC no atípico costuma ser maior. Talvez a polifarmácia justifique to (beta bloq). No flutter tipo I comum ou clássico a ativação atrial é caudo-cefálica conn F negativas nas inferior aqui as vejo positivas.
- Vejo a insinuação de prença de linha isoelétrica entre as possíveis ondas F. Um flutter característicamente não deve ter linha isoelétrica entre as ondas F. Será um flutter? Não seria uma taquicardia atrial com bloqueio?. Como não ta tomando digital e a frequência atrial de 300 é um pouco elevada para taquicardia atrial com bloqueio AV
- As ondas típicas do flutter aprentam a rampa ascendente rápida e a dcendente lenta. Isto no vejo nte caso. Parece uma P com entalhe mo meio assinalando grave distúrbio dromótopo atrial.

Conclusão: fico com diagnóstico de flutter modificado pela polifarmacia Fico em duvida no referente ao mecanismo.

No ECG 2 em sinusal bonitinho sem nemhum sinal de sobrecarga de câmaras direitas Eu diria um ECG inocente não compatível com embolia. não há referencia de ter sido aplicado CV

Deu-me saudad porque eu trabalhei “a long time ago” no Hospital Tornú.

Estuve pensando en la hipótesis de Adrian de embolia pulmonar y veo que tiene un argumento fuerte: El apareamiento intermitente de BCRD es un dato importantísimo para pensar en embolia,

Mudo mía impropia inicial clínica..

Andrés R. Pérez Riera

---

Hola a todos

Les envío algunos datos de laboratorio al ingreso

**Gases en sangre**

pH: 7.51

pCO<sub>2</sub>: 32

pO<sub>2</sub>: 108

CHCO<sub>3</sub>: 25.2

ABEc: 3

S O<sub>2</sub>: 97.6 %

Lactato: 1.6 mmol/l

Glucemia 243

urea 12

iono: 136-3.8-103

Hcto: 33.6

Rto Blancos: 8

Plaquetas 262.000

Datos que no aproximan a nuestro entender a un posible TEP

Independientemente de esto, nos pareció interesante el primer electrocardiograma, el cual lo interpretamos como un aleteo auricular típico (istmo dependiente) con giro horario, el BR derecha, (no vemos la Q ni T en DIII, si S en DI) pero nos llamó la atención las melladuras que aparecen en varias derivaciones a una frecuencia de unos 300 p/minuto ,

incluso coronando las ondas del aleteo. (¿Taquicardia auricular ?) ¿¿genera flutter ??.  
incluso aparecen en el ECG 2, ya sinusal a la misma fcia.

Nos gustaría conocer opiniones sobre este caso, ya que existen dudas.

saludos .

Enrique Giser

---

Hola Enrique

Respecto a las señales de alta frecuencia que se ven en ambos electros, NO son fisiologicas, sino por interferencia. No guardan relación alguna con el flutter.

Si esto fue un TEP (dudoso pero posible) es obvio que el coágulo pasó, ya que al llegar a emergencias no hubo compromiso hemodinámico y los cambios revirtieron.

Yo le hubiera hecho un V/Q, CT angio o cualquier método por imágenes para descartarlo.

El Lab, si bien ayuda, no forma parte del diagnóstico de certeza de TEP/

Salud

Adrián Baranchuk