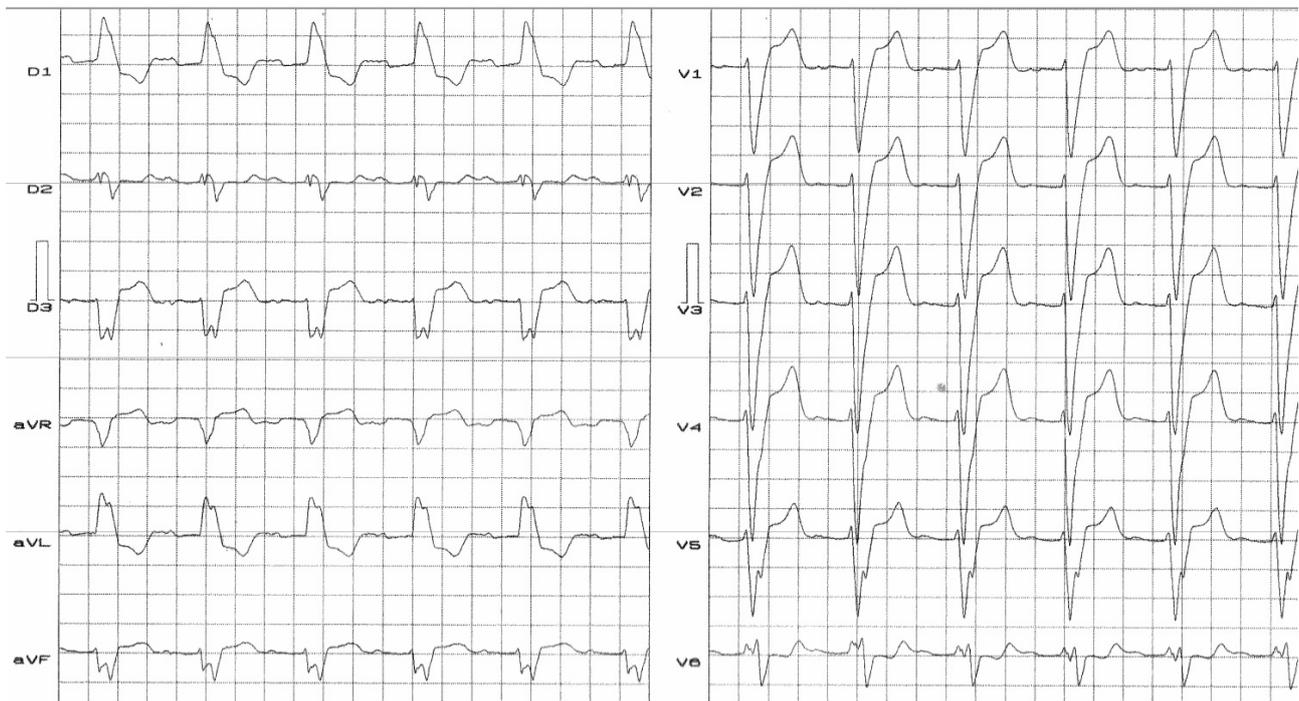
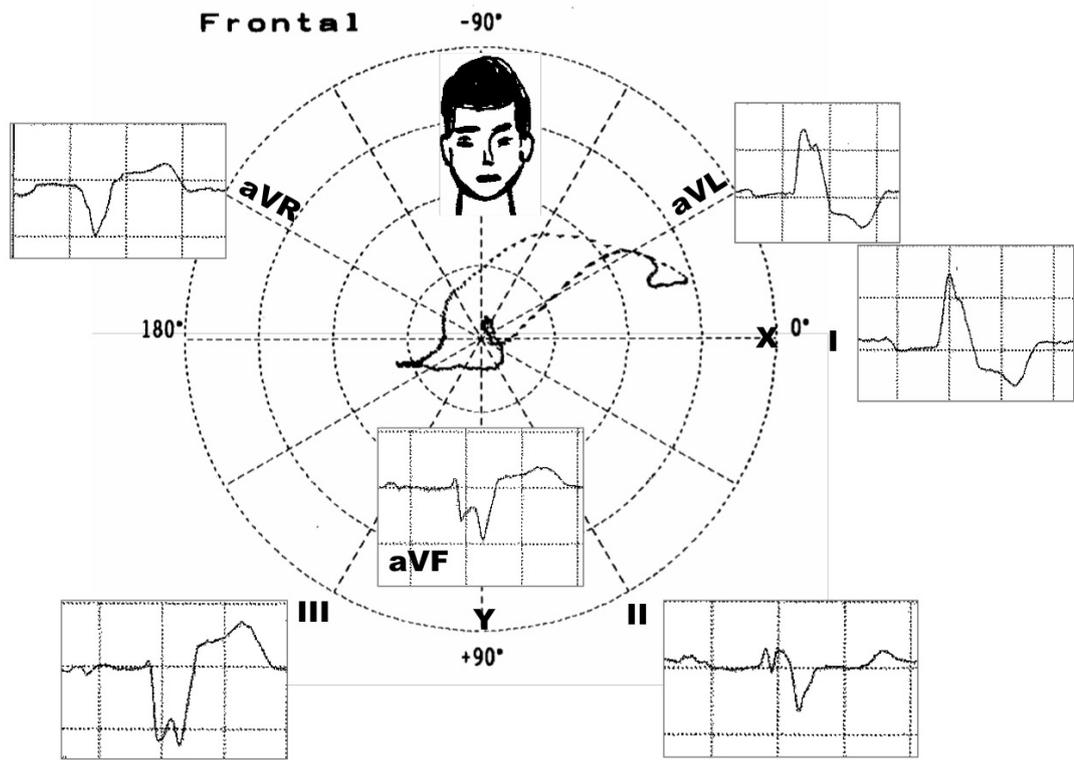


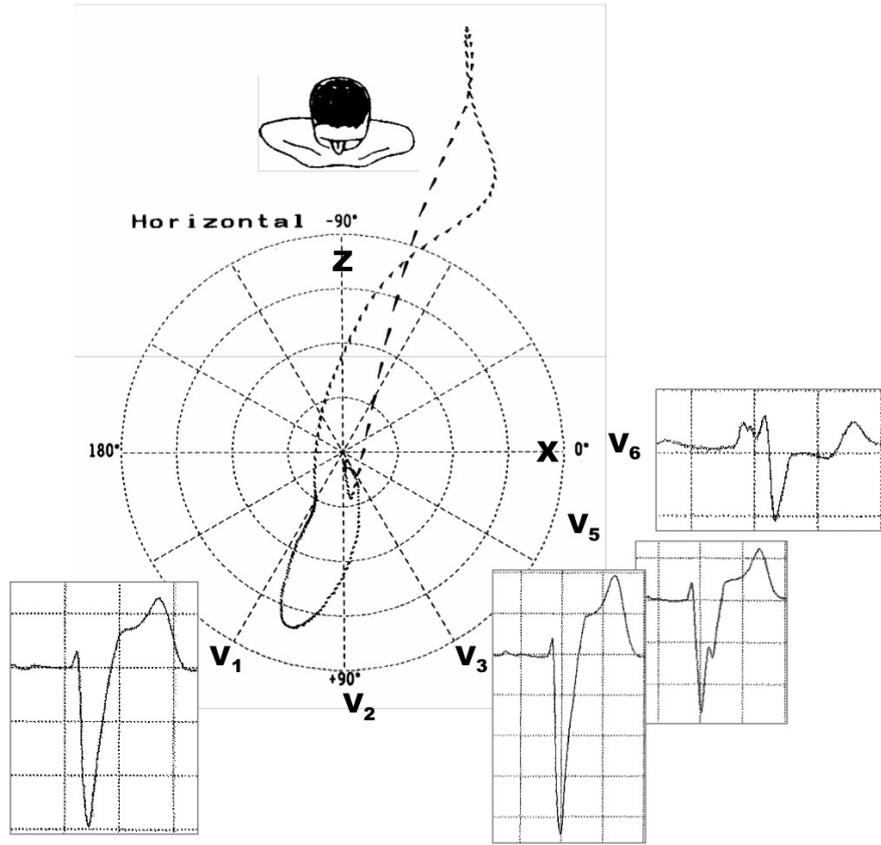
Mujer de edad avanzada con enfermedad coronaria severa y bloqueo completo de rama izquierda

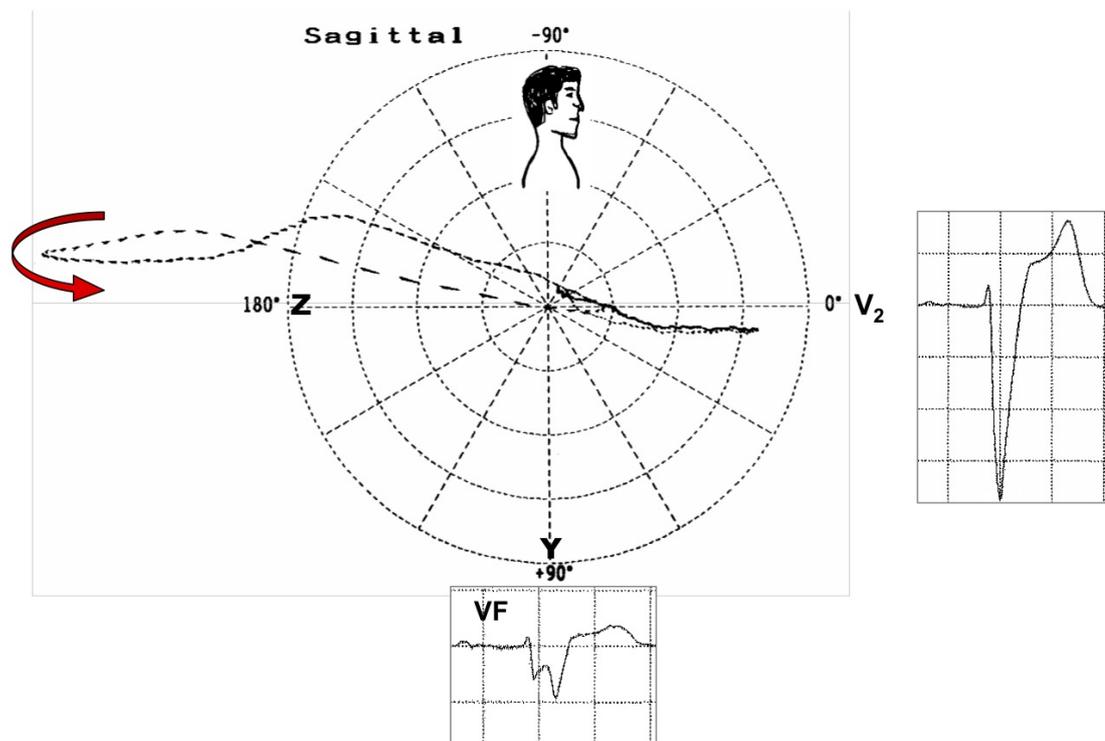
Dr. Andrés R. Pérez Riera

Name: E. G. A.; **Date:** 02/11/2009.; **Age:** 74 years old; **Gender:** Female; **Ethnic group:** Caucasian; **Weight:** 81Kg.; **Height:**1.57m.; **Biotype profile:** Endomorphic.;
Medication in use: Metformine 850mg twice a day, glibenclamide 5mg twice a day, carvedilol 25mg twice a day, enalapril maleate 20mg 2 twice a day, espironolactone 25mg/once a day, furosemide 40mg once a day, Symvastatine 20mg once a day, AAS 100mg once a day.









OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Maestro Pérez Riera:

En el ECG presenta RS 76 por min con BAV de primer grado y BCRI. En una paciente coronaria previa, que padece miocardiopatía dilatada isquémico necrótica según lo referido, que se presenta con signos de falla cardíaca aguda.

1. La primera pregunta sería si el BCRI es agudo o lo padecía previamente?

Considerando el momento de aparición de los signos electrocardiográficos, en los ECG realizados previos a las 24 horas del ingreso, R decreciente de V1-V4, elevación del ST

más de 5 mm oponente con los complejos QRS, melladura tardía en la S de V3-V5 (signo de Cabrera-Frieland). Es conocida la dificultad de asociar el IAM en presencia de BCRI

El diagnóstico de SCA o IAM en pacientes de edad avanzada, más la asociación de otras patologías como Infartos previos, IC, DBT enfermedad arterial periférica y HTA presentes en los pacientes con bloqueo de rama izquierda, ya que la presencia de la misma en pacientes con avanzada edad hace mayor la mortalidad hospitalaria al sufrir un SCA o IAM,

Cabrera y Friedland describieron la melladura de la rama ascendente de la S en V3-V4 y la Q en DI, aVI, V5 y V6. La incidencia de IAM en presencia de BCRI oscila entre un 4.5 y 5.5%, otros reportan una incidencia entre 6 y 9%. En la serie de Melgarejo las mujeres presentaban mayor prevalencia de IAM y BCRI con una incidencia de Killip-Kimball de I mayor de 64% en los portadores de BCRI. Otras series reportan una mortalidad de 38% en pacientes portadores de BCRI en el curso del IAM.

Considerando el momento de aparición de los signos electrocardiográficos se puede decir, en los ECG realizados previos a las 24 horas del ingreso, R decreciente de V1-V4, elevación del ST más de 5 mm oponente con los complejos QRS, cuatro pacientes con Q en DI, aVI, V5 y V6 (presente en más de una derivación) y melladura tardía en la S de V3-V5 (signo de Cabrera).

En el estudio GUSTO-I valorando los pacientes con BCRI encontraron tres criterios con valor independiente en el diagnóstico de infarto: la elevación del segmento ST a 1 mm en presencia de un complejo QRS predominantemente positivo; un descenso del segmento ST a 1 mm en V1, V2 o V3; y una elevación del segmento ST a 5 mm en presencia de un complejo QRS predominantemente negativo. Los mismos tenían una sensibilidad del 30% y una especificidad del 96%, con un valor predictivo positivo del 88% y negativo del 61%.⁶

Haywood en un estudio observacional, plantea tres situaciones diferentes en que el ECG pudiera presentar valor diferencial ante un paciente con clínica subjetiva de insuficiencia coronaria o IAM: 1) la presencia de un BCRI de nueva aparición, en pacientes, con trazados previos con ausencia de BCRI. 2) en pacientes con previo BCRI existirán criterios que indique la presencia de un IAM y cuando un paciente ingresa a urgencias y presenta un BCRI que se desconoce si es previo o no; es posible diferenciar si existen criterios que apoyen la presencia de IAM. El autor valora los criterios de Sgarbossa, que estos criterios pudieran beneficiar a la disminución de la mortalidad al favorecer a la terapia precoz en pacientes de grupos de alto riesgo. Además comenta que el riesgo de mortalidad que confiere el BCRI está asociado a la edad y comorbilidad a la hora de padecer un IAM.

En conclusión por lo que referí, compensar a la paciente y tratarla como un SCA de alto riesgo.

2. Si padecía previamente el BCRI con BAV de primer grado, más deterioro de la FEV, lo indicado hubiera sido terapia de resincronización cardíaca con CDI, como evidencian los estudios con una disminución de la morbimortalidad en este grupo de pacientes.

Mil disculpas a todos por lo extenso

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

1.Sgarbossa EB, Pinski SL, Barbagelata A, Underwood DA, Gates KB, Topol EJ, et al: Correction: Electrocardiographic diagnosis of evolving acute myocardial infarction in the presence of left bundle-branch block. N Engl J Med 1996; 334: 931.

2.Electrocardiographic Diagnosis of Evolving Acute Myocardial Infarction in the Presence of Left Bundle-Branch Block Elena B. Sgarbossa, M.D., Sergio L. Pinski, M.D., Alejandro Barbagelata, M.D., Donald A. Underwood, M.D., Kathy B. Gates, Eric J. Topol, M.D., Robert M. Califf, M.D., and Galen S. Wagner, M.D. for the GUSTO-1 (Global Utilization of Streptokinase and Tissue Plasminogen Activator for Occluded Coronary Arteries) Investigators N Engl J Med 1996; 334:481-487 February 22, 1996

Estimados amigos:

El análisis del ECG/VCG en contexto de la clínica "orientadora" se trata de: BAV DE 1ER GRADO, BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA DISFRAZADO PRECORDIAL CON R EN V1 (POR NECROSIS ÁNTEROLATERAL EXTENSA) Y FUERZAS EN CUADRANTE NE POR NECROSIS INFERIOR. ALTERACIÓN DE R.V POR DISCINECIA ANTERIOR Y APICAL

Todo esto explica el compromiso cínico y hemodinámico de la paciente

- choque punta difuso
- ondas a en pulso venoso ÁPOR DILATACION DE VD MAS HTPS
- soplo de insuficiencia tricuspídea
- HEPATOMEGALIA
- 3ER ruido
- galope POR DILATACIÓN MÁS DISFUNCIÓN SISTÓLICA DE V.I más ANEURISMA.
- hipoperfusión

-lecho ungueal pálido

POSIBLEMENTE encontremos en el eco las alteraciones descritas con una fracción de eyección severamente disminuida (menor de 30 %) y disfunción diastólica por alteración de la distensibilidad (patrón tipo 3-4) y criterios de DISINCRONÍA A-V ,INTER E INTRA VENTRICULAR, criterios que sumados a falla tratamiento full para IC

BCRI

POTENCIAL INDICACIÓN de terapia eléctrica de resincronización

Abrazos a todos

Juan Jpsé Sirena

Discutiré el caso de bloqueo de rama izquierda, enviado por nuestro maestro Prof Andrés Ricardo Pérez Riera PHD

Este es un caso gravísimo, muy probable, bloqueo bilateral LBBB + FIRST DEGREE A-V BLOCK

Pero este bloqueo manifiesta signos ECG gravísimos

El bloqueo izquierdo es muy ancho, casi 200 ms, sugiriendo dilatación del ventrículo izquierdo, muy probable evolución de una hipertrofia ventricular más isquemia severa

Las ondas S,s muy profundas en las precordiales indican una predominancia de los potenciales posteriores, debido a una remodelación de un infarto anterior y sobrecarga sistólica y diastólica

La separación en AVL, entre R1 y R2 es de alrededor de 80 ms, sugiriendo una fibrosis severa del septo ventricular (normalmente R - R del LBBB, sin patología es de 40ms) Potencial que aparece como primer vector en DII , aparece antes que el QRS en DI y AVL, sugiriendo una depolarización muy lenta del ventrículo derecho, probablemente un infarto derecho, que da signos de insuficiencia derecha y alta presión auricular

La falta de progresión de las R hasta V6, que es muy infrecuente en bloqueos de rama izquierda, muy probable debido a un infarto ánteroseptal muy extendido (los bloqueos Q/S hasta V6 se ven en marcapasos derechos o en infartos anteriores muy extensos)

En conclusión este ECG indica dilatación de ambos ventrículos, debidos a infartos muy extendidos anteriores Izquierdos e infarto derecho, talvez con insuficiencia tricuspídea o mitral, en los datos clinicos falta la irradiación del soplo, y si el hígado late Debo agregar que este bloqueo izquierdo es troncular, (frecuente en mujeres postmenopausales generalmente acompaña con calcificación de los anillos valvulares izquierdo) y no tiene nada que ver con el cuadro isquémico, probablemente el bloqueo de primer grado tiene relación con el infarto derecho
ESTE ECG, ES BASTANTE FRECUENTE VER ACTUALMENTE DEBIDO A LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS EFICACES, O by pass aorto coronario
UNA CHANCE PROBABLE DE MEJORAR EN ALGO EI SUFRIMIENTO DE ESTA POBRE MUJER ES CATETERIZARLA Y TRATAR DE ABRIR CUALQUIER ARTERIA QUE AÚN SUPLE ESTE MYOCARDIO

un fraternal abrazo
Samuel Sclarovsky

Maestro Samuel
La irradiación del soplo es hacia la axila
El hígado pulsa trabajando como tercera aurícula.
Andrés R Pérez Riera
