

Masculino de 82 años que realiza consulta para evaluación prequirúrgica

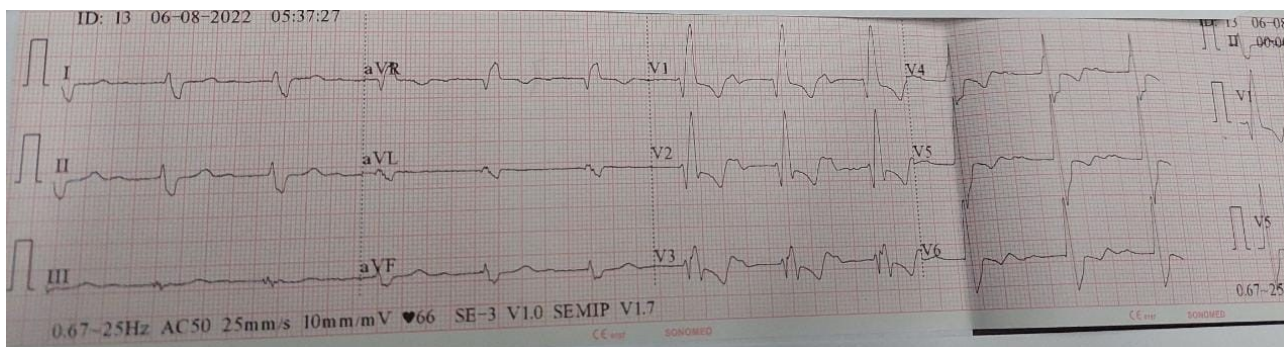
Dra. Marita Giménez

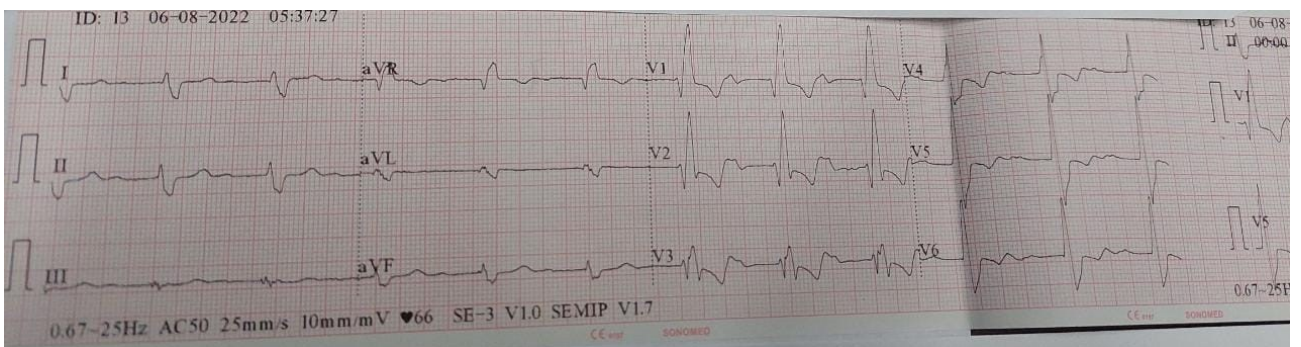
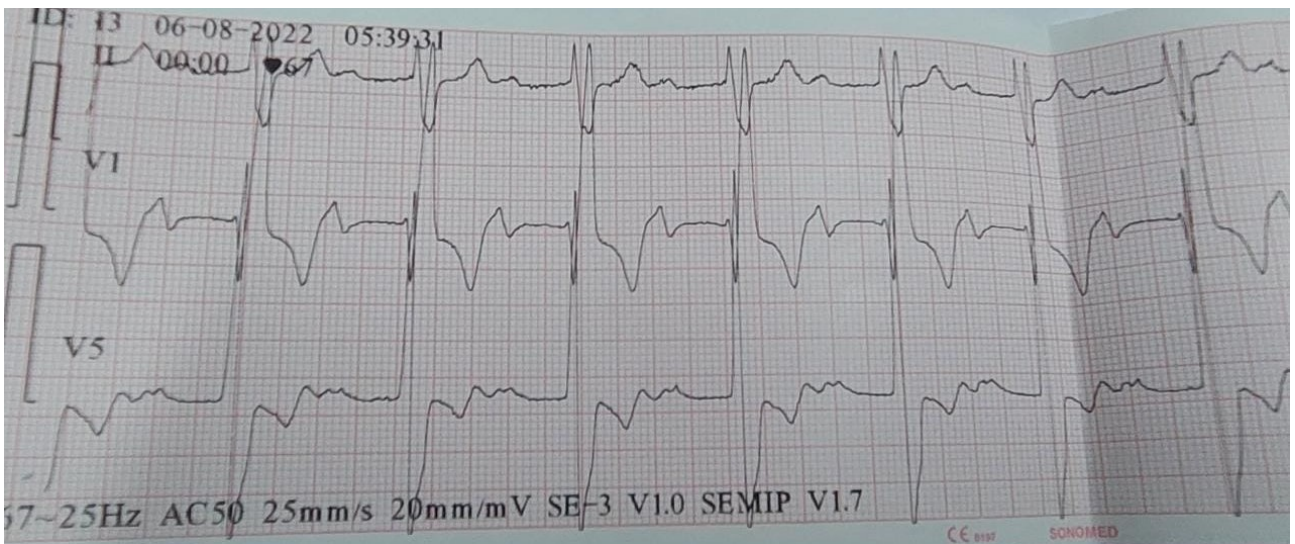
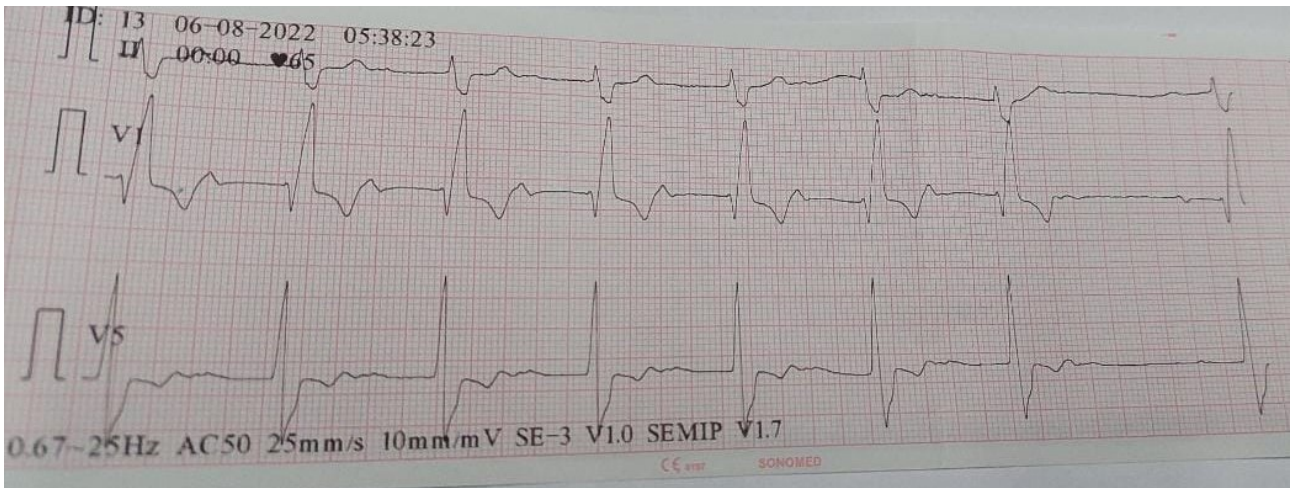
Saludos desde Peru.

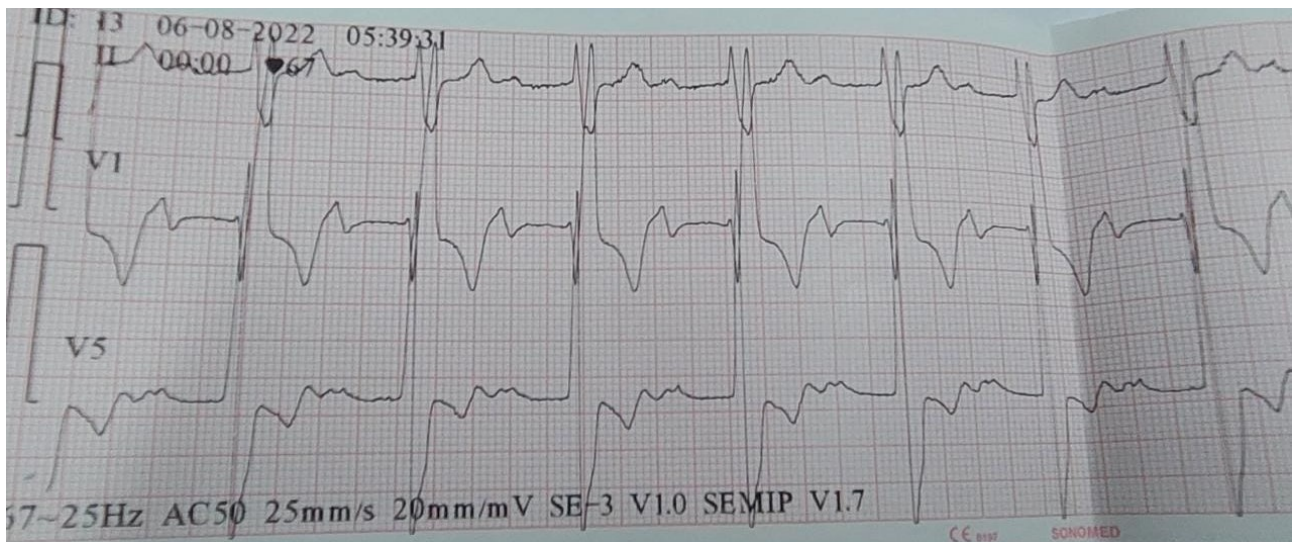
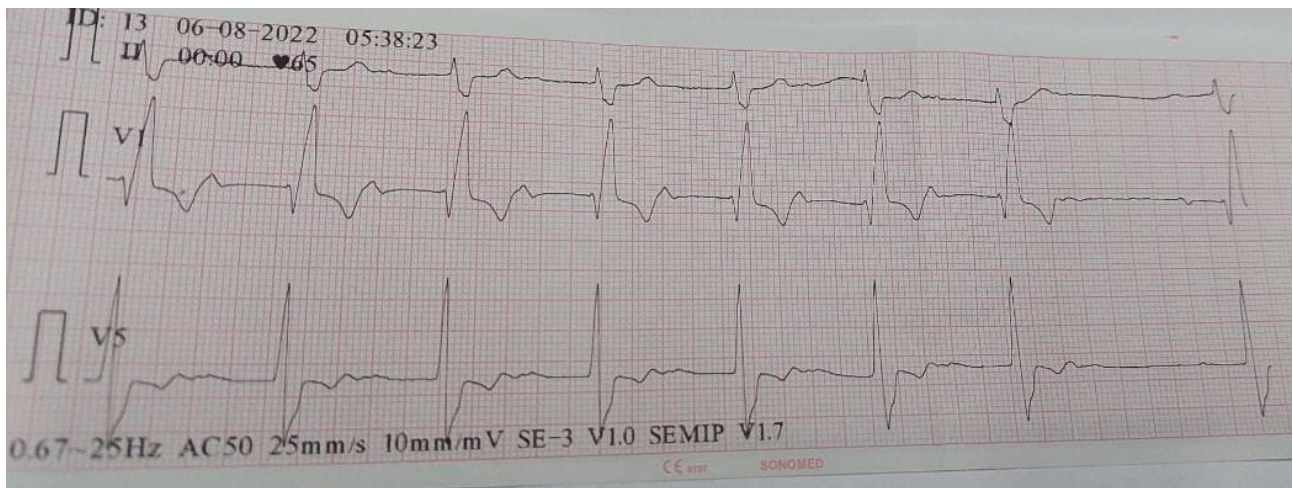
Paciente varon de 82 años, con antecedente de HTA en tratamiento irregular, solicita Riesgo Quirurgico para hernioplastia, por hernia umbilical complicada.

PA 170/80 Fcia 66, refiere disnea a moderados esfuerzos. Que les impresiona el Ekg?, le darian pase para la cirugia?

El ultimo Ekg esta a doble voltaje.







OPINIONES DE COLEGAS

Al parecer un bloqueo av 1 grado y bloqueo completo de la rama derecha. Solo falta saber que mediación toma. Gracias por compartir

Saludos cordiales

Dr Diego Benitez Zapata

Buenas tardes!

El EKG muestra un bloqueo AV + BCRD, en un octogenario habla de una lesión del sistema de conducción, con esa hernia se impone el tratamiento quirúrgico. En ese caso hay que tener a mano un marcapaso transitorio. La disnea y los demás síntomas en el curso de una hernia complicada hay múltiples factores el primero es el medio interno, que hay que corregir. Así que creo que se impone la cirugía con todas las precauciones en relación al uso de MP

Saludos

José E. Castellanos

Creo tiene enfermedad del sistema de conducción con BAV de alto grado para cirugía debería tener marcapasos transitorio y luego evaluar definitivo
¿Quejé opinan los electrofisiólogos?

Atte Julio Kramer

Este paciente tiene BCRD.

Pero tiene además bloqueo AV Mobitz 1 con secuencia Wenckebach atípica muy larga. Por favor observen todos los trazados y verán una onda P bloqueada y luego de esa p bloqueada el PR se acorta.

Con Intervalo PR extremadamente, lo más probable es un bloqueo nodal y no infrahisiano, porque es kilométrico, aunque hay reportes de intervalos HV muy largos.

Ya dicho por el mismo Josephson, el maestro moderno de la electrofisiología:
En presencia de bloqueo de 2do grado:

- Con PR muy prolongado pensar en bloqueo a nivel nodal
 - Con PR bastante conservado pensar en bloqueo infra o infrahisiano.
- Saludos

Dr Alberto ALFIE

Hola

¿Solo remitiendo el ECG pide una opinión?

¿Por qué se encuentra tan bradicárdica?

Al no referir medicación y antecedentes. Examen físico. Si recibe BB o Bca o hasta amiodarona, se retiran y reevalua sin estos.

Tiene una enfermedad del sistema de conducción a nivel del NAV probablemente. Hay medicaciones que justifican su bradicardia y pueden empeorar una conducción AV deteriorada. Al retirarlos evaluará si precisa en este momento un marcapasos.

Si la cirugía de hernia no es de urgencia debería evaluar primero esto y luego autorizar cirugía.

Puede aclarar medicación que recibe?

Colocarle en marcapasos transitorio para la cirugía es invertir las prioridades.

Un saludo

Martín Ibarrola

Hola

Estimado Martin muy lógica su interpretación, pero creo que la consulta del caso fue porque el paciente tenía una hernia complicada que a mi interpretación necesitaba una cirugía de urgencia. Sería bueno que la doctora nos retroalimentara del caso.

Saludos

José E Castellanos Heredia

Buenas tardes en el electro se ve
Trastorno de la conducción cardíaca

Bloqueo av de 1er grado
Bloqueo completo de rama derecha del hh
Bloqueo interauricular de segundo grado

Además de estos trastornos de la conducción cardíaca se evidencia un crecimiento auricular izquierdo que podría deteriorar más el sistema conducción. R que no progresa en v1v2v3 que podría orientar a cardiopatía isquémica. Hay que tener en cuenta la medicación de este paciente para determinar si ese Bloqueo av es medicamentoso . Si no es así realizar un holter del ritmo cardíaco en 24 horas para evidenciar que sucede en horas de la madrugada cuando el sistema autónomo parasimpático está más latente . Y considerar la implantación de un marcapaso cardíaco

Dr Luis rico
Residente de 2do año de cardiología
SC Venezuela

Ese PR tan largo me preocupa mucho. LA conducción es difícil quizás Infrahisiana, Creo que el paciente necesita la cirugía, es muy mayor, Para mí un marcapaso transitorio cirugía y control luego internado para ver la conducta. Seguramente merece un MP definitivo ahora o dentro de muy poco. Puede tener episodios de mayor bradicardia o FA con ese corazón, La AI en el ecg se ve grande.

Emilio Marigliano

Buenas Noches estimados colegas! Con los antecedentes informados yo informaría el ECG de esta forma:

Probable ritmo sinusal de una frecuencia de 66/min.
Bloqueo AV de 1er Grado con un PR de alrededor de 0.34 seg. Bloqueo de Rama Derecha de alto grado. La persistencia de la imagen en M del BRD hasta V3 es compatible con leve dilatación del ventrículo derecho.

Alteraciones primarias del ST-T anterolateral sugestivo de insuficiencia coronaria o miocardiopatía.

Correlacionar con la clínica y antecedentes. Eventualmente completar el estudio con Ecocardiograma y perfusión miocárdica.

El PR largo seguramente es debido en forma predominante a conducción lenta en el nódulo AV. Poco probable que sea por demora en la rama izquierda. Si persiste la duda y según la clínica habría que efectuar EEF.

Con afecto

Gerardo Nau

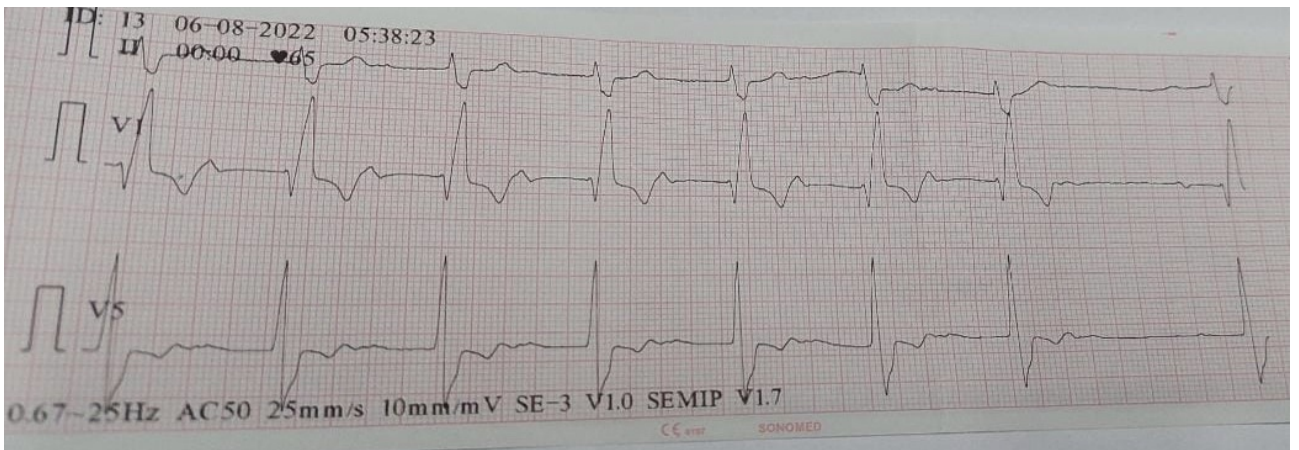
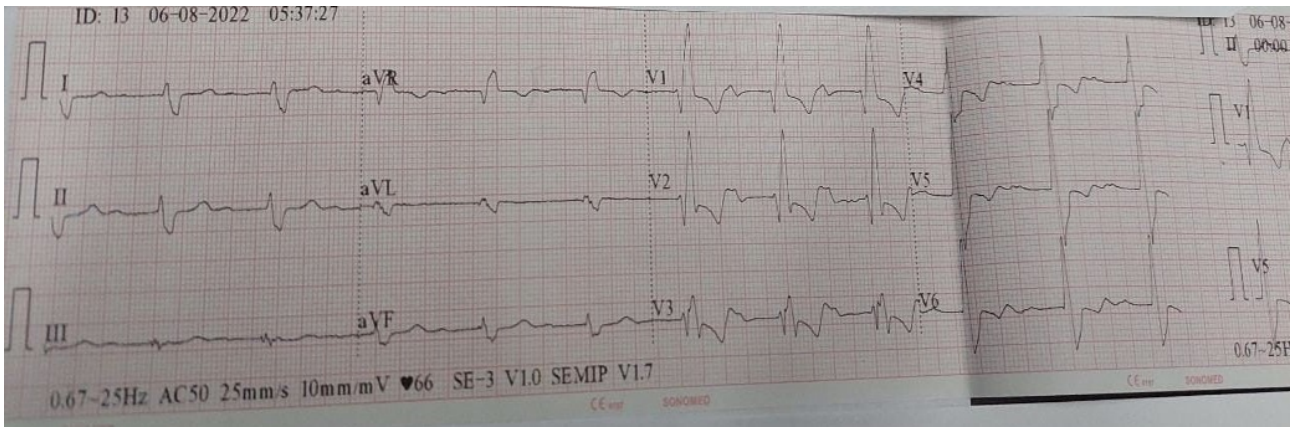
Saludos cordiales a todos y agradezco sus aportes y opiniones, y le informo de los estudios realizados.

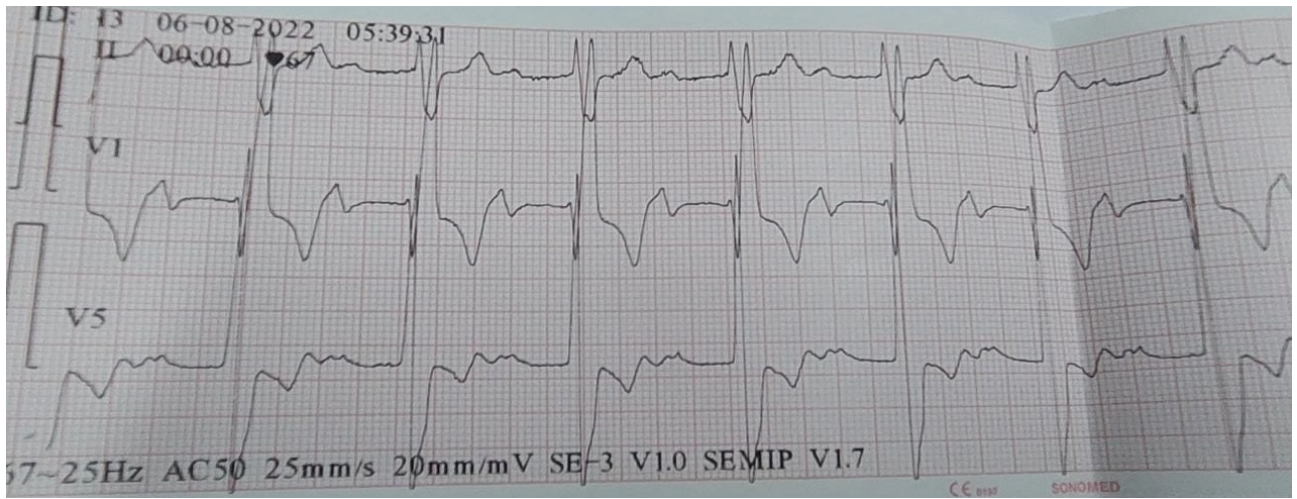
Paciente varón de 82 años, con antecedente de HTA en tratamiento irregular solo con losartán, esta en evaluación Prequirúrgica por hernioplastia y refirió que tenía disnea a moderados esfuerzos. No toma betabloqueadores, amiodarona ni verapamilo.

Ecocardiografía: Función sistólica deprimida moderada FEVI 38%, Disfunción diastólica del VI tipo 2, función sistólica del Ventriculo derecho conservado, dilatación de 4 cavidades predominio derecho con dilatación severa biauricular, hipertrofia leve de septum interventricular, insuficiencia mitral leve a moderada tipo III, insuficiencia aórtica leve, insuficiencia tricuspídea moderada, probabilidad intermedio de Hipertensión arterial pulmonar, derrame pericárdico leve. Actualmente con furosemida y valsartán.

Adjunto los Ekg, y Holter.

Marita Giménez







Holter

Por los datos anexados del ecocardiograma da la impresion se trata de una miocardiopatía dilatada isquémica y esclerosa con severos trastornos de la conducción av por el largo del pr bcrd bradicardia por momentos extrema ev baj fe 38% clara manifestación de i. cardíaca. El paciente con escala de gravedad y no se si sería candidato para resincronización amén de esquema completo para i. cardíaca 4 drogas verificando primero la función renal.

José R Romero Villanueva
