

Bebe de 11 meses con historia de presencia de soplos – 2010

Dr. Andrés R. Pérez Riera

História clínica:

Bebê asiático do gênero masculino com 11 meses de idade natural de Santo André – São Paulo - Brasil.

Histórico positivo de sopro diagnosticado desde os dois meses de idade.

Dois episódios de broncopneumonia progressiva com quatro e oito meses de vida.

A mãe refere a profusa sudorese na sucção e fadiga fácil.

Exame físico: aumento de impulso do VD, evidência de insuficiência mitral: frêmito catárico palpável apical e sopro

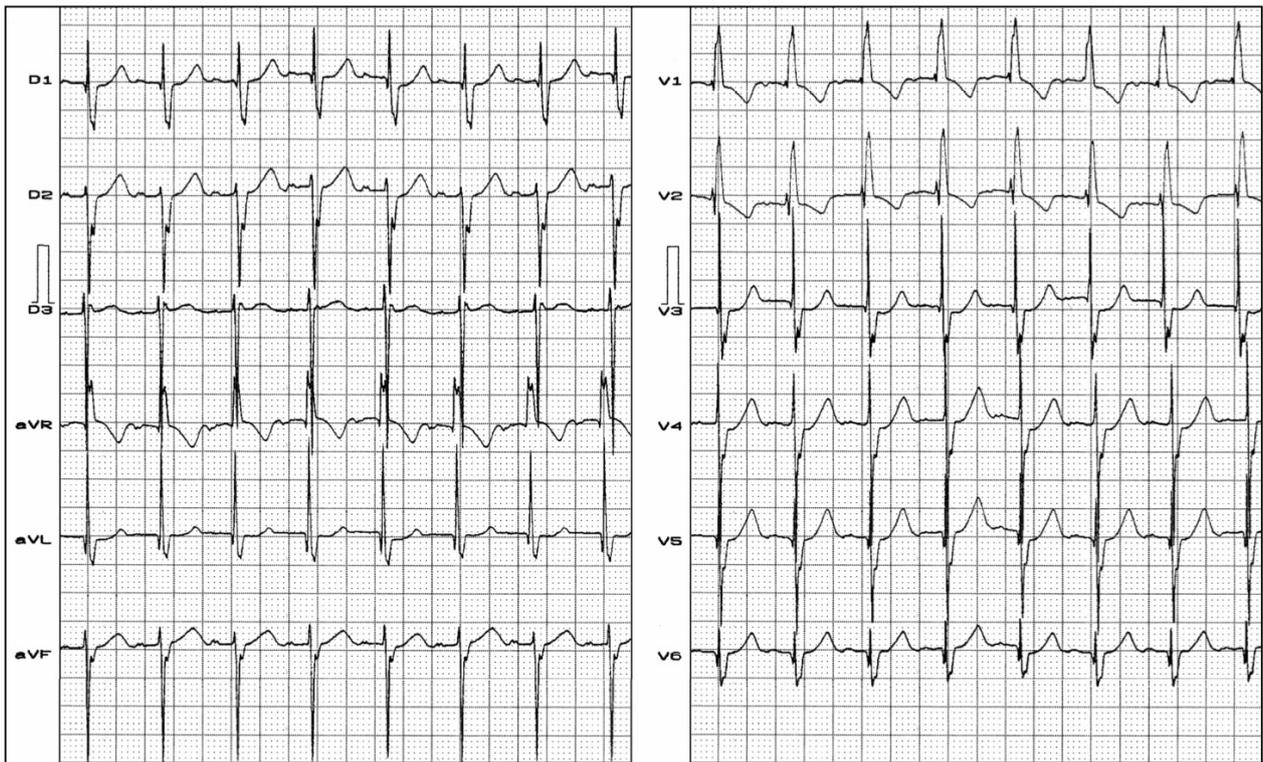
holosistólico de tom alto é irradiado a região da borda esternal.
Primeiro ruído débil.

Sopro mesosistólico ejetivo no segundo espaço intercostal esquerdo seguido de uma segunda bula ampla e fixamente desdobrada.

Um sopro tricuspídeo mesodiastólico tipo rouflar é ouvido na borda esternal esquerda baixa.

ECG veja próximo slide. Raio-X cardiotorácico > 65%

Name: AYW; **Gender:** Male; **Age:** 11 months; **Ethnic Group:** Asian; **Weight:** 7 Kg; **Height:** 68 cm;
Date: 19/02/2010



OPINIONES DE COLEGAS

El Caso es compatible con canal Av completo. BCRD HBAI Sobrecarga Bi ventricular. . las neumonia se explican por la hipertension venocapilar pulmonar. la sudoresis y fatiga facil por el miismo motivo, la sudoresis suele ser nocturna y en perlas en la cabeza. el impulso de VD es por el Shunt de I a derecha con agrandamiento de VD. IM presente en canal AV Fremito de CIV. Primer ruido debil por IM. (mala coaptacion valvular) Segundo ruido fijo por BCRD. Soplo tricuspideo de IT . El ECg: Bloqueo

completo de rama derecha con sobrecarga derecha. Eje QRS aproximado 100 en Vi eje bien anterior. Hemibloqueo anterior izquierdo. Sobrecarga ventricular izquierda por Q D1 AVL V5 V6. Sobrecarga auricular izquierda (M mitral) PR largo BAV de primer grado para la edad?

Perdon el Eje es menos 100 aproximadamente por hemibloqueo mas SVD.
Pienso

Emilio Marigliano

Lactante con disnea de esfuerzo, insuficiencia cardiaca de alto gasto cardiaco, cardiomegalia severa y soplo de insuficiencia mitral mas soplo de hiperflujo pulmonar. El flujo tricuspideo esta aumentado.

ECG con PR largo para la edad (BAV primer grado) mas hemibloqueo anterior izquierdo.

No menciona los pulsos femorales. El fremito en punta es en verdad poco frecuente en pediatria, pero con esas salvedades debo estimar que hay una mitral displásica, ¿cleft?, quizás hasta canal AV parcial, cortocircuito I-D auricular, y quizas también interventricular. ¿Podria acompañarse de displasia tricuspidea (enf polivalvular?)

Si bien no veo isquemia manifiesta, algunas veces el implante anómalo de coronaria izquierda puede producir mucho de lo descrito en este paciente y no tener isquemia ECG.

De todas formas, en un consultorio pediátrico antes de terminar de escribir el mail ya la hicimos el eco. Las malformaciones cardíacas pediátricas se corresponden con la embriología mucho más que con los semiólogos. (acéptese el comentario jocoso)

Diego Esandi

Diagnostico ECG :

Ritmo Sinusal con BAV de 1er Grado. Criterios de crecimiento auricular izquierdo y biventricular: en el PF voltajes de HV Izquierda y en el PH criterios definidos de HVDerecha rSR' Y criterio de voltaje y repolarización. Parece corresponder a una HVD tipo A con rotación inicialmente antihoraria pero rápidamente se torna horaria con desarrollo predominante anterior y a la derecha, del asa QRS. Desde el punto de vista de los trastornos de conducción intraventricular tiene un Hemibloqueo Anterior Izquierdo, y si bien tiene leves retardos en la porción media del QRS, lo cual descarta el BRDer (la porción final tiene velocidad normal en ambos planos). El primer vector tiene dirección y sentido conservado lo cual descarta trastorno de Rama Izquierda. Entonces estos retardos medios, con duración prácticamente normal del QRS aún considerando la edad, representan los trastornos secundarios a la hipertrofia de los ventriculos y *Down Regulation* de las Conexinas , como ha mencionado repetidas veces Samuel.

Desde el punto de vista de los datos semiológicos se corresponde con una CIA con importante Qp/Qs.

Dr. Jose Luis Suarez

Muy interesante electro. Dr Perez Riera, seria muy interesnte aparte de los datos aportados del examen físico, si presenta singos de cianosis peribucal o en manos.

En el Ecg: Ritmo sinusal 122 x min. Eje desviado a la extrema izquierda. BAV de primer grado, signos de CAI predominantes, BCRD con signos de crecimiento VD.

Por lo referido en el examen físico y los hallazgos en el ECG me inclino por una CIA tipo ostium primun y el cierre precoz del R2 aórtico por IM severa asociada, lo que también me explica el R1 disminuido de intensidad. La insuficiencia mitral severa podría corresponder por prolapso de válvula mitral que puede acompañar a las CIA, o como en este paciente impresiona presentar dilatacion severa del VI por sobrecarga volumétrica (RX ICT mayor 0,65), lo que produce la IM por la dilatación del anillo mitral y la falta de adecuada coaptación de las valvas mitrales como se observa en las miocardiopatías dilatadas.

El segundo ruido pulmonar desdoblado amplio por aumento de las presiones ventriculares derechas asociadas a la CIA, al igual que el rolido tricuspideo por el aumento volumétrico dado por el tamaño de la CIA no por estenosis tricuspidea asociada.

Un abrazo

Martin Ibarrola

Prezado Martin no tiene cianosis. Es acianótico.

Querido Diego permítame una crítica constructiva. Repare que en su detallada análisis usted comienza hablando de aspectos hemodinámicos, pasa de repente a analizar algunos aspectos del ECG a seguir sugiere elementos del examen físico y nuevamente ECG.

Es recomendable siempre para hacerse entender usar un orden lógico partiendo de la anamnesis, examen físico, y exámenes subsidiarios, en una secuencia no mezclando porque los menos avisados o menos interesados podrán cansarse de la confusión.

Haga eso y verá que sus textos saldrán mas claros y una gran mayoría estará dispuesta a pensar en lo que usted ha escrito.

De todas formas, su análisis muestra que tiene sólidos fundamentos.
Andrés.

El comentario final de hacer el ECO antes de todo es una práctica no recomendable ni como chiste para una platea de iniciantes o inexperientes que irán a leerlo y podrán adquirir "el vicio" negativo de no examinar adecuadamente al enfermo.

Andrés R. Pérez Riera

Estimado Andres

No había advertido hasta su mail, lo confuso que es mi forma de escribir/pensar.

Usted repara en que la ausencia de el “orden lógico” (me gustaría algún día encontrarlo) y de “hacerse entender” (creo que me está vedado a priori) alcanzan el efecto a distancia de "cansar y confundir". De tal situación resultará que “una gran mayoría NO estará dispuesta a pensar en lo que ha escrito”. (No se me habia ocurrido intentarlo)

Por otra parte no encuentro en dónde expresé que debía hacerse el eco sin revisar al paciente o dicho de otra forma adquirir "el vicio" negativo de no examinar adecuadamente al enfermo.

Asi mismo pensé que el tono de “chiste” estaba permitido en el foro, habida cuenta los intercambios habituales. Me disculpo y no volverá a ocurrir.

Este es un breve bosquejo del mail original:

-Inspección> tipo respiratorio> disnea

-Palpación> precordio activo >insuficiencia cardiaca> cardiomegalia

-Percusión>

-Auscultación> tres soplos

-ECG> ya descripto

Comienza la reflexion con aspectos insuficientes de la historia clínica pediátrica y una pregunta en voz alta, tal el caso del frémito en punta (sigo pensando en su bajísima frecuencia)

- Diagnóstico presuntivo> ya mencionado

- Comentarios o addendums> la anomalía de implante es muy rara por eso va en párrafo aparte como addendum, y la reflexión final ecográfica es una

humilde admisión de lo falaz que puede ser la semiología cuando la embriología se empaca.

Un abrazo

Diego Esandi

Hola Diego

Me parece que llevar las cosas a la discusión del orden lógico, es ir demasiado lejos.

Creo que la intención del Potro fue la de ordenar su interpretación (que yo encuentro muy buena, pero no del todo acertada) para que todos (incluido yo) lo entendamos mejor.

El orden de presentación de un caso clínico es estándar. Ya está inventado. Y es igual en Argentina, Canadá, Alemania y China.

Si todos seguimos el orden de presentación nos comunicamos mejor y facilitamos la discusión. Eso lo favorece a Ud, y a todos. Pero no se trata de "encontrar" el orden lógico, sino de seguir el formato habitual.

Ud aclaró que se trataba de un comentario jocoso (el del Eco y la embriología) pero los maestros, por "bias" de origen, sienten el deber de proteger el "evento" educativo (Ud tiene alguna idea cuánto lleva armar uno de esos PDF que hace el Potro?), y por lo tanto sugieren que los chistes, poemas y canciones (yo soy un defensor de incluir estos aspectos en el foro) no se mezclen junto a mensajes de orden científico; con el fin de no desmerecer el esfuerzo de otros.

Solo un pensamiento.
Salud

Adrián Baranchuk

Querido Adriaá y amigos:

Creo necesario que nos conozcamos un poco más.

Quiero decirte, por si no lo sabías que estás polemizando con uno de los mejores cardiólogos pediatras que tenemos la suerte de tener en nuestro país.

Diego, además de ser mi amigo, con quién hemos tenido largos intercambios filosóficos, y con quién creo fuertemente que te encantaría disfrutar de su "desorden lógico", ha sido Presidente del Comité Científico del Cuarto Congreso Virtual de Cardiología, por lo que sabe muy bien lo que cuesta hacer los PDFs que hace el Potro, que por otro lado fue conferencista en dicho Congreso, con su ponencia "Beneficios do exercício físico para o paciente hipertenso"

Diego no precisa de que salga en su defensa, ni esto que escribo pretende ser una defensa.

Solo quiero meter el dedo en la llaga y decir que "el orden" al que te referís y al que se refiere Andrés, lo es en cuanto a la presentación de un caso. No a su discusión.

La discusión suele ser desordenada y ¡bienvenida que así sea!

¿O acaso son ordenadas las ponencias u opiniones que se vierten en el Foro?

El "supuesto desorden" permite paradójicamente ordenar las ideas y hacer

síntesis

Cuando opino en un ateneo, no sigo el orden "motivo de consulta, interrogatorio de antecedentes de enfermedad actual, enfermedad actual, antecedentes personales, antecedentes familiares, etc"

Hace poco tiempo recordaba para homenajearlo a mi primer Jefe de Cardiología. Fernando Battle.

¡Un Genio!... pero no había intervenciones más desordenadas que las que él hacía.

Entonces, Baranchuk, ¡deje de lado el chiquitaje y vaya al fondo de la cuestión!

¡Opine sobre lo que dijo "el Diego" (sic)!

¿Qué opina Usted de la presencia de frémito en la punta en los lactantes?

¿Hay o no una mitral displásica o un cleft?, ¿qué opina acerca de canal AV parcial, cortocircuito I-D auricular, y quizás también interventricular?

¿Podría acompañarse de displasia tricuspídea?

¿Qué opinión le merece el posible nacimiento anómalo de la coronaria izquierda?

¡Pucha! -diría Mendieta-!

¡Cómo nos hace pensar Diego!

Y para terminar, no le creo un pomo cuando Usted hace un llamado a no mezclar lo científico con el humor.

Días pasados, respondiéndole a Benji, Usted hacía mención a Chacarita y a Colón (sin hacer mención a la enorme superioridad del equipo santafecino)

Le mando un abrazo afectuoso

Edgardo Schapachnik

Profe Edgard

¡Qué lindo que los amigos quieran a sus amigos!

Y que los "defiendan"!

Estoy seguro que Ud me defendería a mí, si un imberbe como yo pretendiera ordenar mi presentación de un caso clínico!!!

Pero ¿sabe qué?

Si estuviera desordenada y alguien me lo hiciera notar, bienvenido sea...y creo que Diego aceptó de buena gana los comentarios del Potro.

Por supuesto que el "orden" al que me refiero es el de la presentación, no hace falta que lo aclares, pero eso se lo enseñó a mis estudiantes, residentes y a Branwald si hiciera falta. Y las chapas de unos y otros poco tienen que ver con esto.

Lo que si no voy a permitirle, es que subrepticamente, Ud diga que ese equipito Santafecino es superior a Chacarita...¡lo reto a duelo!!!

Del frémite nada tengo que decir, solo callar y aprender de los que saben.

Abrazo y gracias por las clarificaciones

Adrián Baranchuk

Estimados colegas del foro, este paciente tiene, (no es un síndrome Down no?) por los datos de la historia clínica (cuadros respiratorios a repetición, hiperflujo pulmonar, sobrecarga de cavidades derechas, incompetencia de válvula mitral, rolido tricuspídeo), del análisis del ECG (ritmo sinusal, bloqueo AV de primer grado, hemibloqueo anterior izquierdo, bloqueo de la rama derecha del haz de His e hipertrofia ventricular derecha) y de la RxTx (que no se muestra informando solo un aumento del índice cardiotorácico, falta saber que pasa con la arteria pulmonar, el flujo pulmonar y qué cavidades se estiman dilatadas) una cardiopatía congénita dada por una comunicación interauricular amplia tipo ostium primum asociada a alteración de válvula mitral: ¿cleft?

Saludos

Pedro Chiesa