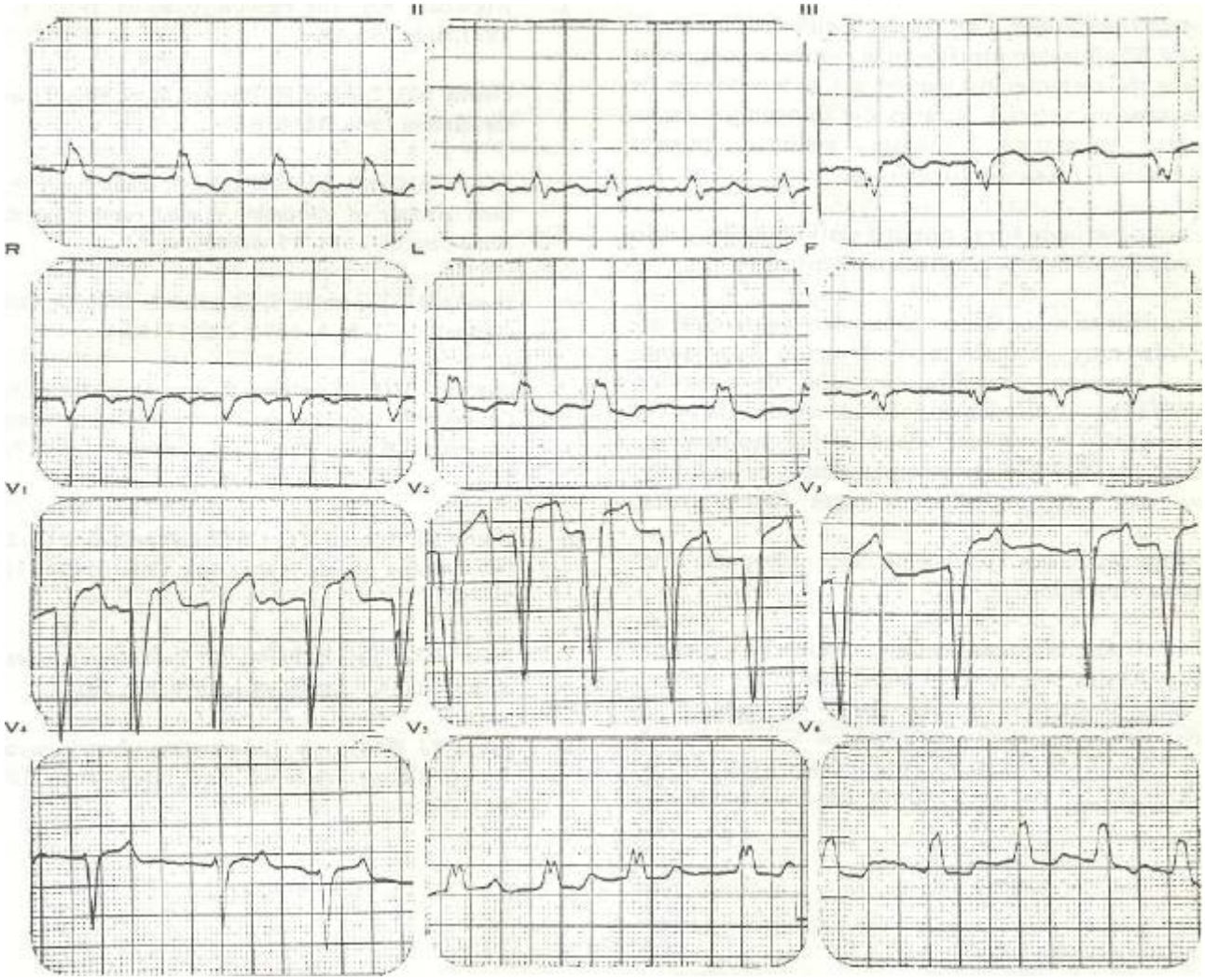
NOTAS MEDICAS:

ELECTROCARDIOGRAFÍA PRACTICA

Dr. Marco A. Bográn (*)



Observe el electrocardiograma ilustrado, la frecuencia cardíaca es de 90, el QRS es de 0.13, el eje eléctrico es de -20, las ondas P no son discernibles, el ritmo es irregular, los QRS son anchos y deformes, ausencia de ondas R en precordiales VI — V2 — V3 pequeñitas ondas R en V4, en V5 el QRS muestra doble pico, en V6 hay ausencia de ondas Q.

Las ondas T son anormales con inversión de las mismas en 1 — AVL — V6, planas en 2 - 3 y AVF, el segmento ST está elevado en VI — V2 y V3.

(*) Jefe de Cardiología Hospital Escuela

Este patrón electrocardiográfico corresponde a fibrilación auricular, bloqueo completo de rama izquierda y sugiere infarto de cara anterior.

Estos hallazgos los podemos encontrar en enfermedad valvular mitra! ó aórtica avanzada, en miocardiopatía isquémica coronaria, en la enfermedad de Chagas ó en la miocardiopatía congestiva que tiene muy diversa etiología.

El trazo pertenece a un paciente del sexo masculino de 57 años con insuficiencia cardíaca congestiva severa de reciente instalación sin antecedentes de hipertensión arterial, infarto del miocardio, valvulopatía reumática, diabetes mellitus, ingesta alcohólica ó procesos infecciosos.

La radiografía de tórax mostró cardiomegalia grado IV con insuficiencia cardíaca congestiva.

El cateterismo cardíaco demostró ventrículo izquierdo muy dilatado con elevación importante de su presión diastólica, fracción de eyección disminuida, insuficiencia mitral moderada y la arteriografía coronaria selectiva fue normal. La prueba de fijación de complemento de anticuerpos para enfermedad de Chagas fue negativa.

El diagnóstico entonces es de Miocardiopatía Congestiva Idíopática.

El electrocardiograma en ésta entidad es precisamente lo que vemos en el trazo ilustrado: bloqueo de rama izquierda, progreso lento de ondas R en derivaciones precordiales, cambios ST y de onda T, presencia de ondas Q (pseudo infarto), fibrilación auricular en 15 - 20o/o de los pacientes y puede existir también contracciones prematuras ventriculares y taquicardia ventricular.

El diagnóstico de miocardiopatía congestiva idiopática se hace por exclusión al no encontrar las causas etiológicas conocidas que son muy numerosas.

REFERENCIAS

1.- Abelmann WH. The cardiomyopathies. Hosp. Pract. 1971, 6(3): 101-12.

2.- Fowler NO, Gueron M, Primary Myocardial Disease. Circulation 1965, 32: 830-6.

3.- Fuster V, Gersh BJ, Giuliani ER, Tajik AJ, The natural History of idiopathic dilated cardiomyopathy. Am J Cardiol. 1981; 47: 525-31.

4.- Hamby RI, Zonéraich S, Sherman L. Diabetic cardiomyopathy. J A M A. 1974; 229:1749-54.

5.- Marriott HJL. Electrocardiographic abnormalities, Condujetion Disorders and arrhythmias in primary muocardial disease. Prog Cardiovasc Dis. 1964; 7:99-114.

6.- Marón BJ. Roberts WC. Cardiomyopathies in the first two decades of Ufe. Cardiovasc Clin. 1981; 11(2): 35-78.

7.- Olsen EGJ. The Pathology of cardiomyopathies: a critical analysis. Am Heart J. 1979; 98: 385-92.

8.- Regan TJ, Weisse AB. The question of cardiomyopathy in diabetes mellitus. Ann Intem Med. 1978; 89:1000-2.