

Haga su diagnóstico

AUTORES: DRA. CARLA CLAVELLE ROA 1, DR. ENRIQUE MERCADAL CALAF2

1 Residente Medicina Interna – Universidad Católica del Maule.

2 Médico Cardiólogo – Hospital Regional de Talca.

Contacto: Carla Clavelle Roa, 1 norte 1990, +56973952942, carla.clavelle@gmail.com

Presentación del caso

Paciente de sexo masculino, de 71 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 no insulino requirente, Hipertensión Arterial y tabaquismo crónico activo (IPA 30). Refiere cuadro dolor torácico asociado a esfuerzo físico, de carácter opresivo, retroesternal, irradiado a hombro izquierdo y región cervical posterior, por lo que consulta en atención primaria y se maneja con analgesia vía oral, evolucionando con disminución dolor. Al tercer día de evolución, el dolor se agudiza y se asocia a síntomas neurovegetativos,

por lo que consulta nuevamente en atención primaria, donde se realiza electrocardiograma de 12 derivaciones (Figura 1) y se deriva a Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Talca.

Ingresa al servicio de urgencias a las 19:46 horas del día 08 de noviembre de 2019 con dolor torácico ENA 3/10, presión Arterial de 118/84 mmHg, temperatura 36,7°C, frecuencia cardíaca de 69 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, saturación de oxígeno de 97%.

Examen cardiopulmonar normal

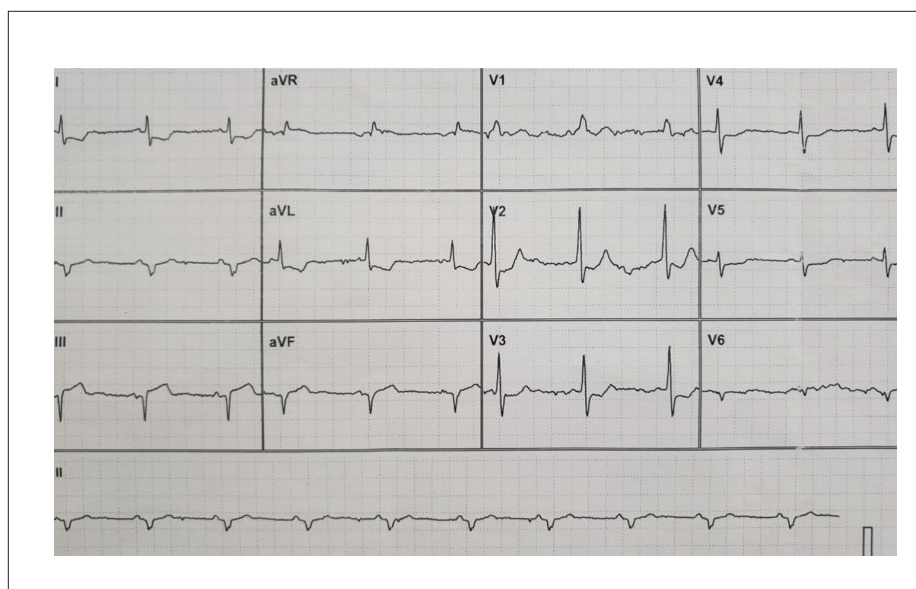


Figura 1. ECG de 12 derivaciones.

En electrocardiograma muestra ritmo sinusal con frecuencia de 64 lpm, PR normal, onda Q en D2, D3 y aVF y SDST en D3 y aVF. Se observa además IDST en D1, aVL y de V1 a V3 con una onda R alta en V1.

El electrocardiograma es un test diagnóstico esencial para establecer injuria, isquemia miocárdica o infarto agudo al miocardio, mediante las alteraciones en el segmento ST, onda T y complejo QRS. En todo paciente en que se sospeche isquemia miocárdica, está indicado un electrocardiograma de 12 derivaciones y, en algunos casos, será necesario solicitar derivadas anexas, por ejemplo, en pacientes en que se sospeche infarto de ventrículo derecho o de pared posterior.

El ECG del paciente es categórico de infarto de cara inferior el que puede ser producido por oclusión de la arteria coronaria derecha (ACD) o de la arteria circunfleja (ACx). Cuando la oclusión es de la ACD se produce una mayor elevación de ST en D3 que en D2 y suele asociarse una depresión de ST en D1 y aVL. Cuando la oclusión es de la ACD proximal puede ocurrir infarto del Ventrículo Derecho por lo que se recomienda registrar las derivaciones precordiales derechas (V3R y V4R) en busca de elevación del segmento ST e identificar el infarto de ventrículo derecho.

El infarto de cara inferior puede también acompañarse de infarto de cara posterior que en el ECG producen alteraciones en las derivadas V7-V9 y se asocian a alteraciones recíprocas del segmento ST, que se observan como una depresión del segmento ST \geq 0,5 mm en las derivadas V1-V3. Las ondas R prominente en V1 a V3, corresponden a pérdida de fuerza de despolarización, similar a una onda Q patológica, que aparece en las derivadas posteriores.³ Sin embargo, estudios recientes con técnicas de imagen han demostrado que la región referida como posterior es lateral y la denominación de posterior debe ser remplazada por lateral o posterolateral.⁴ Habitualmente, el infarto de cara posterior co-

rresponde a una oclusión aguda de la ACx y se diagnostica con el cuadro clínico de SCA asociado a elevación del segmento ST \geq 0,5 mm en las derivaciones V7-V9. En el paciente descrito, hay elementos que sugieren oclusión de ACD como es el IDST en D1 y aVL y una mayor elevación de ST en D3 que en D2. Sin embargo el IDST de V1 a V3 y la onda R prominente en V1 y V2 apuntan a oclusión de la arteria Circunfleja.

Diagnóstico

Ante los hallazgos clínicos y electrocardiográficos se planteó como diagnóstico principal un Síndrome Coronario Agudo con Supradesnivel del Segmento ST (IAMCEST) de pared infero-posterior, por lo que se traslada al Laboratorio de Hemodinamia.

La Coronariografía mostró una ACx de gran calibre con oclusión proximal y ausencia de lesiones en la ACD. La ventriculografía mostró una hipokinesia infero-lateral con Fracción de Eyección deprimida en grado al menos moderado.

Se realizó una Angioplastia con implante de Stent medicado sobre la ACx.

EL Ecocardiograma mostró una hipokinesia medio-basal-inferior e inferolateral con una FEVI de 46%.

Conclusión

El infarto de pared posterior o posterolateral, es una entidad clínica que se debe sospechar en pacientes con Infarto de cara inferior y electrocardiograma con R prominente en derivadas V1-V3 asociadas a depresión del segmento ST en esas derivaciones. En los pacientes con estas alteraciones en el ECG se debe registrar derivadas posteriores (V7-V9) para confirmar el diagnóstico. La mayor extensión de daño miocárdico significa un pronóstico más reservado y su reconocimiento a tiempo es importante para una pronta terapia de reperfusión

Referencias

1. Ibáñez, B., James, S. & Agewall, S. (2017). Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Revista Española de Cardiología*, 70, 1039-1045.
2. Sacks, C. (2019). Posterior-Wall Myocardial Infarction. *Nejm*, 381, 17.
3. Antman, EM, Anbe, DT, Armstrong, PW, et al. (2018). ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction.
4. Standardization and Interpretation of the ECG, Part VI. *JACC Vol 53 N°11*, 2009