

La clínica en la era de la tecnología

I. Valverde André^a, A. Escolante Melich^b y C. Fernández Golfín^a

^aServicio de Cardiología. Servicio de Geriátria. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Caso clínico

Se trata de un varón de 56 años, fumador e hipercolesterolémico, con antecedentes de pericarditis aguda idiopática recurrente. Acudió a Urgencias por dolor precordial similar a otros previos, pero acompañado esta vez de importante cortejo vegetativo. El electrocardiograma (ECG) era sugestivo de pericarditis aguda (fig. 1): ascenso cóncavo del ST de localización inferolateral, ausencia de cambios recíprocos del ST y descenso del PR (ondas q en cara inferior ya presentes en el ECG previo). En el ecocardiograma no se detectaron claras alteraciones de la contractilidad segmentaria, pero la presencia de intenso cortejo vegetativo asociado y de factores de riesgo cardiovascular motivó la realización de cateterismo para descartar síndrome coronario agudo (SCA). En la coronariografía se objetivaron lesiones graves en coronaria derecha proximal y media con imagen de trombo (fig. 2). Se realizó angioplastia con implante de *stent* sobre ambas lesiones. La creatinfosfocinasa (CPK) máxima fue de 3.000 y la evolución electrocardiográfica fue la de un infarto de miocardio inferior transmural (fig. 3).

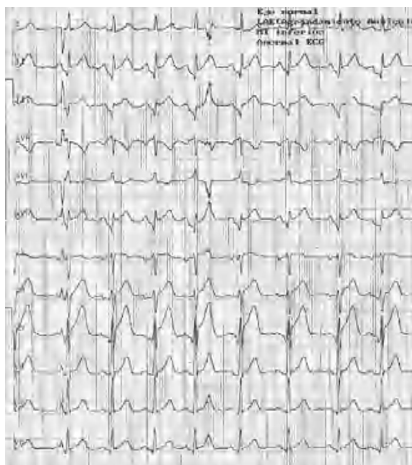


Fig. 1. Electrocardiograma al ingreso con ascenso cóncavo del ST inferolateral y descenso del PR.



Fig. 2. Coronariografía donde se aprecian lesiones graves en la arteria coronaria derecha proximal y media con imagen de trombo.

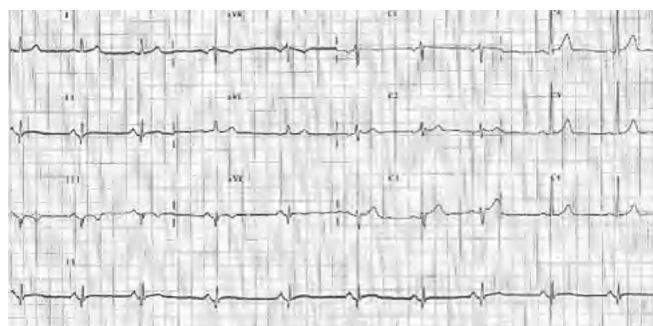


Fig. 3. Electrocardiograma al alta compatible con infarto de miocardio inferior transmural.

Comentario

El diagnóstico diferencial inicial entre pericarditis y SCA puede constituir un verdadero reto diagnóstico. El ECG y el ecocardiograma para valorar la contractilidad segmentaria pueden ser útiles, pero es en la mayoría de los casos la historia clínica la que nos dará la clave para un correcto diagnóstico. Por sus implicaciones terapéuticas y pronósticas es necesario realizar un diag-

nóstico certero, que implica en ocasiones la realización de una coronariografía.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Chan TC, Brady WJ, Pollack M. Electrocardiographic manifestations: acute myopericarditis. *J Emerg Med.* 1999;17:865-872.
Marinella MA. Electrocardiographic manifestations and differential diagnosis of acute pericarditis. *Am Fam Phys.* 1998;57:699-704.
Wang K, Asinger RW, Marriott HJ. ST-segment elevation in conditions other than acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2003;349(22):2128-35.