



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



CORRESPONDENCIA

En cardiopatía isquémica: ¿es la elevación del segmento ST en cara anterior sinónimo de infarto agudo de miocardio anterior de ventrículo izquierdo?

In ischemic disease, is the anterior ST segment elevation a synonym for anterior left ventricular acute myocardial infarction?

Sr. Director:

El ECG es una herramienta crucial en el diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica aguda. Existen múltiples algoritmos que, basándose en diversos patrones de alteración electrocardiográficos, permiten un diagnóstico de presunción acerca de la localización de la lesión coronaria responsable del IAM transmural. Así, por ejemplo, la elevación del segmento ST en la cara anterior se atribuye clásicamente a la obstrucción de la arteria descendente anterior, mientras que la elevación del segmento ST en la cara inferior más acentuada en III que en II, suele deberse a una oclusión de la arteria coronaria derecha. Además, la elevación concomitante en estas circunstancias del segmento ST en V1 sugiere que la oclusión ha ocurrido a un nivel proximal de la arteria coronaria derecha y que por tanto asociará un infarto del ventrículo derecho. Si la elevación ocurre también en la cara inferior pero de forma más acentuada en II que en III, la arteria ocluida será con mayor probabilidad la circunfleja¹. Sin embargo, la relación entre

el ECG y el territorio infartado no siempre es la habitual. Dado que la clínica y el tratamiento agudo pueden diferir de manera importante en función del territorio infartado, es de vital importancia realizar un adecuado diagnóstico. Así, en el caso del infarto de ventrículo derecho, la presentación típica es un cuadro de bajo gasto, siendo los principales objetivos terapéuticos el mantenimiento de la precarga ventricular derecha mediante tratamiento con fluidoterapia intensiva, soporte inotrópico, reducción de la poscarga del ventrículo derecho y lograr una pronta reinstauración del flujo sanguíneo, debiendo evitarse los vasodilatadores venosos y teniendo precaución con el uso de los diuréticos para preservar la precarga.

Un varón de 52 años, exfumador, hipercolesterolémico y con antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz, presentó un cuadro de dolor centrotorácico opresivo, en reposo, irradiado a miembro superior izquierdo con cortejo vegetativo acompañante de varias horas de evolución. A su llegada, se observó en el ECG una elevación aislada del segmento ST en las derivaciones V1 a V4 (fig. 1). Se diagnosticó de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST y se realizó coronariografía urgente que demostró una oclusión trombótica del 95% de la arteria coronaria derecha a nivel de su segmento medio (fig. 2), implantándose de forma directa a ese nivel un *stent* convencional sin complicaciones. El ECG postintervencionismo fue normal. Los marcadores pico de daño miocárdico fueron una troponina I de 9,84 ng/ml y una CK-MB de 60 U/L (al ingreso troponina I de 0,19 ng/ml). La evolución del paciente fue favorable sin presentar un cuadro clínico de isquemia ventricular derecha.

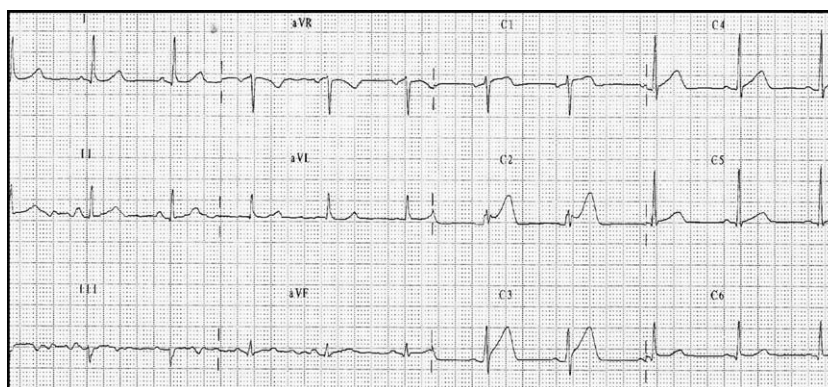


Figura 1 Electrocardiograma de 12 derivaciones que demuestra la presencia de un ascenso del segmento ST en las derivaciones V1 a V4, sin supradesnivelación del mismo a nivel de las derivaciones de cara inferior.

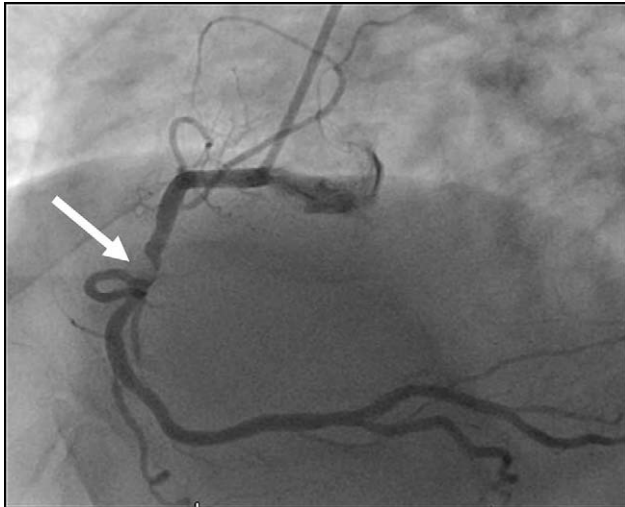


Figura 2 Coronariografía que muestra una oclusión trombótica del 95% del calibre de la arteria coronaria derecha a nivel de su segmento medio.

El presente caso es representativo de que la elevación del segmento ST en la cara anterior puede también deberse a un infarto aislado de ventrículo derecho². Habitualmente, el infarto de ventrículo derecho coexiste con un infarto inferior o inferoposterior de ventrículo izquierdo. Las manifestaciones electrocardiográficas del daño ventricular derecho, se ven suprimidas por las fuerzas dominantes que acompañan al daño de la pared inferior o inferoposterior del ventrículo izquierdo, algo que no sucede cuando lo que se

produce es un infarto de ventrículo derecho aislado. El infarto aislado de ventrículo derecho puede ocurrir en diversas circunstancias, que incluyen la oclusión de una arteria coronaria derecha de escaso calibre y no dominante o la oclusión aislada de una rama aguda marginal tras intervencionismo coronario percutáneo.

A pesar de que la incidencia estimada del infarto aislado de ventrículo derecho es muy baja, las implicaciones, sobre todo terapéuticas, derivadas del diagnóstico incorrecto del mismo hacen necesario realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial entre los múltiples patrones electrocardiográficos existentes. Por ello, se debe tener en cuenta la posibilidad de un IAM de ventrículo derecho aislado cuando exista una elevación del segmento ST en la cara anterior.

Bibliografía

1. Zimetbaum PJ, Josephson ME. Use of the electrocardiogram in acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2003;348:933-40.
2. Vavuranakis M, Drakopoulou M, Toutouzas K, Polychronis D, Stefanadis C. Right ventricular infarction mimicking anterior infarction. *Ann Noninvasive Electrocardiol.* 2006;11:194-7.

L. Domínguez-Pérez, M.A. Arias* y L. Rodríguez-Padial

Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maapalomares@secardiologia.es (M.A. Arias).

doi:10.1016/j.rce.2009.06.012

Alucinaciones visuales complejas en una paciente con alteración de la visión (síndrome de Charles Bonnet)

Complex visual hallucinations in a patient with visual impairment (Charles Bonnet syndrome)

Sr. Director:

El síndrome de Charles Bonnet es una entidad en pocas ocasiones diagnosticada, aunque no infrecuente, que se caracteriza por la existencia de alucinaciones visuales complejas y persistentes en personas con alteraciones severas de la agudeza visual, en ausencia de patología psiquiátrica. Su conocimiento evitaría someter a los pacientes a evaluaciones psiquiátricas, tratamientos innecesarios y a la consiguiente estigmatización que ello les podría suponer. El siguiente caso ilustra esta patología:

Una mujer de 89 años, hipertensa y con una fibrilación auricular permanente en tratamiento con digital, con antecedente de pérdida severa de agudeza visual por retinosis pigmentaria, acude a nuestro centro por clínica

de unos tres meses de visión de cuadros de colores, animales, serpientes y autobuses de vivos colores, todo ello sin acompañarse de fiebre, alteración del nivel de conciencia, del lenguaje o focalidad neurológica de nueva aparición, salvo, en los últimos 15 días, cefalea holocraneal diaria. La paciente, que tenía sus funciones superiores conservadas, en todo momento se refirió a las imágenes como un hecho irreal. La exploración física demostró únicamente una tensión arterial de 150/80 mmHg, y la neurológica puso en evidencia una asimetría en el reflejo pupilar, siendo positivo débil para el ojo derecho y ausente para el ojo izquierdo. Los datos de laboratorio (hemograma y fórmula, bioquímica con función renal, perfil hepático, iones y digoxinemia) fueron normales, así como la saturación de O₂ por pulsioximetría. Se realizó una tomografía computarizada craneal que no demostró más alteraciones que lesiones isquémicas de pequeño vaso, y un electroencefalograma, sin evidencia de actividad irritativa. Durante el ingreso la paciente precisó ajuste del tratamiento antihipertensivo, desapareciendo entonces la cefalea. Una vez realizado un despistaje básico de causas orgánicas, el cuadro fue interpretado como compatible con el síndrome de Charles Bonnet. Tras explicar a la paciente y sus familiares la naturaleza del mismo pudo ser dada de alta sin precisar tratamiento.