

## 327/25 - IAM EN PORTADOR DE MARCAPASOS PERMANENTE.

R. Correa Gutiérrez<sup>1</sup>; M. Cobo Rossell<sup>2</sup>; M. Alonso Santiago<sup>3</sup>; P. López-alonso Abaitua<sup>4</sup>; R. Maye Soroa<sup>5</sup>; C. Marinero Noval<sup>6</sup>; O. Casanueva Soler<sup>5</sup>; C. Gracia Alloza<sup>4</sup>; I. García Díaz<sup>4</sup>; L. Rodríguez Vélez<sup>7</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de La Sal. Cabezón de La Sal. Cantabria.; <sup>3</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapaton. Torrelavega. Cantabria.; <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Santander. Cantabria.; <sup>5</sup>Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; <sup>6</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo.; <sup>7</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander.Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 84 años, portador de marcapasos permanente VDD desde 2009 por bloqueo trifascicular sintomático, independiente para las ABVD, camina 3-4km diarios sin problemas. Acude a consulta de centro de salud por opresión centrotorácica tras caminar unos 200m, que cedió tras 8-10 minutos de reposo. A la media hora, nuevo episodio asociado a sudoración y alteraciones visuales ("se me iba la vista") que cedieron en aproximadamente 15 min. La exploración fue anodina salvo por TA 100/60. Derivamos a centro hospitalario para completar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 120/72 mmHg, FC 67 lpm, SatO2 97%. Exploración sin hallazgos patológicos. ECG: RS a 66 lpm, bloqueo trifascicular sin alteraciones de la repolarización (similar a previo de 2009). Analítica: bioquímica, hemograma y coagulación normales. TROPONINA I de alta sensibilidad. 174.7. Se seriaron enzimas: 2<sup>a</sup> Troponina 240.4, 3<sup>a</sup> 6234.4, 4<sup>a</sup> 8667, 5<sup>a</sup> 7451. Estudio hemodinámico: Enfermedad coronaria de 1 vaso (CD), con colocación de Stent farmacoactivo. Ecocardiograma: VI no dilatado. Hipertrofia moderada de ventrículo izquierdo. FEVI 40 % por aquinesia inferoposterior y segmentos distales de cara lateral.

**Juicio clínico:** IAMSEST killip I inferoposterolateral.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome del marcapasos, miocarditis, miocardiopatía, TEP.

**Comentario final:** El paciente evolucionó favorablemente, dándose de alta con triple antiagregación, estatina, IECA y betabloqueante. La importancia de este caso radica en recordar que a pesar del marcapasos, sigue existiendo riesgo de obstrucción coronaria, no todos los problemas cardíacos de un paciente con estimulador cardíaco estarán relacionados con el mismo, y por lo tanto, debemos anotarlo en nuestros diagnósticos diferenciales. Ante un paciente con alteraciones eléctricas como este, el diagnóstico por ECG se complica, por lo que debemos afinar más que nunca en la historia clínica, el tipo de dolor, el tiempo, la sintomatología en general para orientar el origen del mismo. Es en este punto, con una clínica sugestiva y un ECG que no revela gran información, donde cobra importancia la alteración de las enzimas cardíacas, no siempre estarán alteradas en el inicio del cuadro, por lo que debemos vigilarlas de cerca.

**Palabras clave:** Marcapasos, IAMSEST.

## Bibliografía

[Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE Jr, Ganiats TG, Holmes DR Jr, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol.](#) 2014;23;64(24)