



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/68 - HIPOTENSIÓN Y BRADICARDIA. NO OLVIDEMOS AL VENTRÍCULO DERECHO

S. Quintanilla Cavia¹, M. Cea Gómez², J. Sánchez Ceña³, M. Martín Nicolau⁴, B. Carballo Rodríguez³, I. Cabrera Rubio³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Ignacio. Bilbao. Vizcaya. ³Médico Residente de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años, hipertensa, diabética, con antecedente de infarto anterior 2 años antes. En tratamiento crónico con AAS, betabloqueantes, enalapril e insulina. Acude a consulta de Atención Primaria por mareo, ligera molestia epigástrica y malestar general de 2 horas de evolución, con empeoramiento tras tomar su medicación habitual y administrarse nitroglicerina sublingual. A su llegada al Centro de Salud, la encuentran hipotensa y bradicárdica. Se realiza electrocardiograma, que es compatible con infarto agudo de miocardio con elevación del ST inferior. Ante la sospecha clínica de infarto de ventrículo derecho, se colocan derivaciones derechas y posteriores, objetivándose elevación del segmento ST en precordiales derechas. Se administran 600 mg de clopidogrel, se inicia sueroterapia y la paciente es trasladada al hospital urgentemente.

Exploración y pruebas complementarias: TA 85/40 mmHg, FC 50 lpm, SatO2 98%. Presión venosa yugular elevada. AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC. Abdomen anodino. MMII: edemas maleolares con fóvea hasta rodillas. Analítica: leucocitosis $14,7 \times 10^3/\mu\text{L}$. Hb 12 g/dL. Coagulación normal. Troponina I de 5,2 ng/mL. ECG: Bradicardia sinusal a 45 lpm. Elevación del segmento ST de 2 mm en II, III y aVF. ECG derivaciones derechas: Bradicardia sinusal a 45 lpm. Elevación del segmento ST > 1 mm en V3R y V4R. Radiografía de tórax: índice cardiotorácico normal. No condensaciones ni derrame pleural. Ecocardiograma transtorácico: ventrículo izquierdo no dilatado con disfunción sistólica moderada por aquinesia/escara de cara anterior en relación con infarto anterior antiguo. Ventrículo derecho dilatado con disfunción sistólica moderada-grave por hipoquinesia de la pared libre del VD. No valvulopatías significativas. No derrame pericárdico. Coronariografía urgente: TCI (tronco coronario izquierdo) sin lesiones. DA (descendente anterior) media con stent farmacoactivo permeable, sin nuevas lesiones. Circunfleja con ateromatosis difusa leve. Oclusión aguda de arteria coronaria derecha proximal. Se realiza angioplastia con colocación de stent farmacoactivo en CD (coronaria derecha) proximal sin complicaciones inmediatas.

Juicio clínico: Infarto agudo de miocardio inferior con compromiso de ventrículo derecho (VD).

Diagnóstico diferencial: Infarto inferior aislado. Tromboembolismo pulmonar agudo. Disección de aorta.

Comentario final: En pacientes con infarto agudo de miocardio y compromiso del ventrículo derecho, es importante la sospecha clínica inicial para realizar un diagnóstico precoz, dado que muchos de los tratamientos empleados de forma habitual en el infarto, como los vasodilatadores y diuréticos, pueden

empeorar la clínica y aumentar la mortalidad en estos pacientes. Debemos sospecharlo ante una serie de signos clínicos, como: aumento de presión venosa yugular; aumento paradójico de la presión venosa yugular en la inspiración (signo de Kussmaul); bradicardia o bloqueo AV; hipotensión sistémica y edemas periféricos; siendo frecuente una auscultación pulmonar limpia. Además de la revascularización urgente, es importante mantener una adecuada precarga, evitando vasodilatadores como los nitratos o calcio-antagonistas que pueden precipitar la hipotensión, teniendo precaución con los diuréticos y administrando volumen si fuera necesario.

Bibliografía

Vargas-Barrón J, et al. Rev Esp Cardiol. 2007;60:51-66.

Lupi-Herrera E, Lasses LA, Cosio-Aranda J, Chuquiure-Valenzuela E, Martínez-Sánchez C, Ortiz P, et al. Acute right ventricular infarction: clinical spectrum, results of reperfusion therapy and short-term prognosis. Coron Artery Dis. 2002;13:57-64.