



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

482/1024 - DE LA GASTROENTERITIS AL INFARTO, LA IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL ELECTROCARDIOGRAMA

E. Poquet Faig¹, E. Martínez Muro², M. Cortés González³, L. Fuentes-Guerra López-Crespo⁴, C. Rodríguez Ots⁴ y C. Tristán Calvo⁵

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. ²Especialista en Medicina del Trabajo. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdebernardo. Madrid. ⁴Residente de 3^{er} año de medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Numancia. Madrid. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arganda del Rey. Arganda del Rey. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 41 años como único antecedente médico es fumador, acude por náuseas y vómitos de 4 días de evolución que relaciona con la ingesta de pollo y mayonesa durante las horas previas al inicio. Asocia además, malestar general, sudoración profusa y dolor torácico del mismo tiempo de evolución que refiere tipo contractura muscular por el esfuerzo durante el vómito, aunque refiere mejoría al inclinarse hacia delante. A esta clínica, se añade el segundo día fiebre de hasta 38,3 °C.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración destaca estabilidad hemodinámica (TA 105/70, FC 90lpm). Saturando a 98% basal. Bien perfundido. Eupneico con buena tolerancia de decúbito. Auscultación cardiorrespiratoria sin alteraciones y miembros inferiores sin edemas. Se realizó PCR para COVID que resultó negativa y ECG donde se objetivaba taquicardia sinusal a 105 lpm. QRS estrecho con Onda Q en cara inferior y elevación del ST residual de 1 mm en cara inferior con T negativa en dichas derivaciones.

Orientación diagnóstica: Infarto de miocardio inferior evolucionado.

Diagnóstico diferencial: Según la clínica referida por el paciente, los escasos antecedentes y la exploración que presenta la primera orientación que se plantea es la de gastroenteritis aguda. Aunque, el dolor torácico con mejoría en posición mahometana y la fiebre es también sugestivo de pericarditis aguda. Otra posibilidad que se planteó y ante el contexto epidemiológico actual, la clínica abdominal, dolor torácico y fiebre debíamos descartar infección por coronavirus.

Comentario final: El paciente se derivó a Urgencias, donde se objetivó en una analítica leucocitosis de 20.500 con neutrofilia y proteína C reactiva de 28. Troponina de 37.000 y LDH de 1.086. Se realizó un ecocardiograma transtorácico objetivándose una aquinesia del septo y cara lateroinferior con FEVI gravemente deprimida y derrame pericárdico. Finalmente, se le realizó una coronariografía donde se objetivó una oclusión de la coronaria derecha que precisó del implante de 5 stents.

Bibliografía

- Crespo-Leiro MG, Metra M, Lund LH, et al. Advanced heart failure: a position statement of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2018;20:1505.

2. Tofler GH, Muller JE, Stone PH, et al. Pericarditis in acute myocardial infarction: characterization and clinical significance. Am Heart J. 1989;117:86.

Palabras clave: Miocardio. Pericardio.