



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

333/47 - ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS EN VARÓN JOVEN

C. Hernández Correa¹, Á. Morán Bayón², I. Riera Carlos³, M. Paule Sanchez⁴, R. Monroy Perez¹.

¹Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ²Médico de Familia. Centro de Salud Periurbana Sur. Salamanca. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años de origen ecuatoriano y residente en España desde 2010, diagnosticado de hipocondría, trastorno ansioso-depresivo e hipotiroidismo, no presenta factores de riesgo cardiovascular pero sí numerosos problemas familiares. Acude al centro de salud por dolor de 6 días de evolución en región infraclavicular izquierda de carácter intermitente, de segundos de duración, de predominio nocturno y sin relación con los movimientos, el cual había sido más intenso esa noche. Se realiza ECG mostrando elevación del segmento ST en precordiales derechas (V1-V2-V3) y se deriva al hospital activando el código infarto. A su llegada al hospital le realizan un cateterismo urgente.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, consciente, orientado, colabora, adecuada coloración cutáneo-mucosa. Eupneico. TA: 138/83 mmHg, FC 74 lpm, Saturación O₂: 98%. CyC: no soplos carotideos, no IY a 45°. Auscultación cardiaca: ritmica, sin ruidos sobreañadidos. ECG: ritmo sinusal a 76 lpm, eje QRS 120°, QRS estrecho, ST elevado en V2-V4. QTc 405ms. Cateterismo cardíaco: árbol coronario sin alteraciones en coronariografía, fracción de eyección del VI normal. Analítica: Potasio 4.1mmol, Troponina 5.87 pg/ml (baja probabilidad de IAM), Dimeros D normales. Resto analítica normal. Interconsulta a Unidad de Salud Mental ya que el paciente no desea seguir viviendo aunque no presentaba idea autolítica planificada.

Juicio clínico: Electrocardiograma basal con ST cóncavo hacia línea isoeléctrica. Variante de la normalidad y síndrome ansioso-depresivo.

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad, síndrome coronario agudo, costocondritis, tromboembolismo pulmonar, pericarditis, angina vasoespástica.

Comentario final: Un ECG compatible con un SCACEST que se acompañe de clínica compatible con dolor torácico coronario se debe derivar de forma urgente para la realización de cateterismo urgente (posibilidad de realizar angioplastia primaria) ya que es preferible obtener un falso positivo a infradiagnosticar cuadros de isquemia miocárdica.

Bibliografía

Jameson JL, Loscalzo J.. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012.pag 3071-3075.

Ary L Goldberger, Jordan M Prutkin, MHS, FHRN. Electrocardiogram in the diagnosis of myocardial ischemia and infarction. UpToDate. May 17, 2016. <https://www.uptodate.com/contents/electrocardiogram-in-the-diagnosis-of-myocardial-ischemia-and-infarction>

Palabras clave: Dolor torácico, ansiedad, SCACEST, variante normalidad.