

# **Paciente masculino de 34 años con síndrome coronario agudo y neumonía de la comunidad – 2007**

Dr. Edgardo Núñez

Paciente masculino de 34 años, sin AP a destacar, trabajador en construcción, padre de 6 hijos, no fumador, no alcoholista, no cocainómano, sin episodios de trombosis previos, sin AF a destacar, que ingresa al Hospital 24 hs previas, por cuadro febril de 48hs de evolución de hasta 40° axilar, y dolor interescapular moderado, sin otros elementos a destacar, quedando ingresado en sala de medicina bajo diagnóstico de neumonía comunitaria, con radiología, sin cardiomegalia e imagen patológica supracisural derecha, quedando con Ceftriazona y Azitromicina manteniendo curva térmica por encima de los 38° axilar.

Al día siguiente en horas de la mañana instala dolor precordial de tipo opresivo, seguido de cuadro neurovegetativo y vómito lo que motiva consulta a la guardia de la UCI, se realiza ECG que se adjunta. Esto motiva la realización de enzimograma el cual es patológico, test de troponina positivo CK de 629 – MB de 88 y LDH de 779.

Al examen sin elementos de falla ventricular, normotenso, bien perfundido, eupneico, tonos bien golpeados sin soplos, pulsos periféricos todos presentes y simétricos, mediastino sin elementos patológicos, asintomático.

Queda bajo beta bloqueantes, Clopidogrel, AAS, nitritos transdérmicos y HBPM

A las 4 hs de su ingreso, nuevo enzimograma en ascenso con CK de 743, MB de 92 y LDH de 891, instala nuevo episodio de características anginosas de menor intensidad, con trazado que evidencia ascenso de ST en V4 a V6, sin cambios en cara inferior.

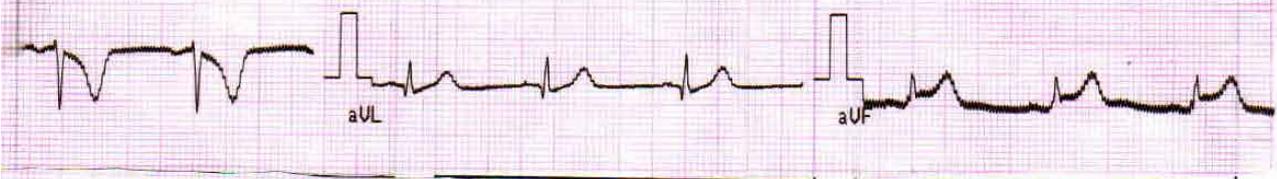
9/06/07 10:15

D2

D3



m/s MU FC:71 10mm/mU 25mm/s MU FC:70 10mm/mU 25mm/s MU FC:67



U 25mm/s MU FC:63



# OPINIONES DE COLEGAS

Hola Participantes del Foro.

Soy médico general de Cúcuta, y ante este caso me permito anotar:

¿Cómo estaba la cuenta de leucocitos?

¿Tenía tos y de qué características?

Por el cuadro de fiebre y dolor interescapular ¿qué otros diagnósticos diferenciales pensaron?

Por la historia personal y familiar, más el EKG (que tiene trastornos del ST con concavidad superior en cara lateral y en cara inferior con imágenes "en espejo" en cara lateral, y posterior elevación del ST en V3V4, mi primera posibilidad diagnóstica es Pericarditis. (Investigar lesión del esófago y pericarditis ¿por contiguidad?)

Saludos

Miguel Chahín Rueda

---

Estimado colega,

De acuerdo a su descripción, es un caso desafiante y le comentaré lo que nosotros hacemos en nuestro Servicio.

1) Ante ese cuadro clínico y ECG inmediatamente administramos NTG EV y observamos la respuesta del ST, si el mismo persiste supradesnivelado pensamos en SCA con supra del ST a pesar de tener 34 años y sin factores de riesgo; llamamos al servicio de Hemodinamia y actuamos en consecuencia. Si el ST se normaliza, pensamos en vasoespasmo coronario y también le realizamos CCG pero no de urgencia, si hay arterias coronarias normales le administramos antagonistas Cálccicos y nitratos y le realizamos una prueba de ergonovina EV y vemos la respuesta. La mayoría responden al tratamiento médico.

2) No se informa cuánto tiempo de angor presentó, supongo que prolongado porque las enzimas están elevadas, sino habría que pensar en otra causa como la miocarditis ya que está cursando un proceso infeccioso. Además, debemos recordar la teoría infecciosa de la enfermedad coronaria.

3) El ECG que nos muestra es de un IAM infero-latero (V5-V6 no es de buena calidad)-dorsal (depresión con ST descendente en V1-V2). Nosotros le haríamos V7-V8 y V3-4R para ver VD.

En conclusión pensaríamos

1. SCA con supra del ST con oclusión trombótica proximal de coronaria derecha.
2. Idem pero con arterias coronarias normales (5-10% de los IAM) por probable vasoespasma coronario.
3. Miocarditis aguda, que deberíamos realizar toda la batería de estudios infectológicos e inmunológicos.
4. Si nada de esto es, tendría una gran angustia porque estaría sin diagnóstico.

Un abrazo y espero ver cuánto me equivoqué.

Dr. Oscar A. Pellizzón.  
Rosario, Argentina.

---

Hola, muy interesante caso y comparto con lo razonado hasta el momento, pero así como está, con solo los datos que nos das, me es difícil pensar en un SCA con elevación ST en un enfermo muy febril (40° C), joven y sin factores de riesgo para enfermedad coronaria, serian dos entidades sin nexo clínico (NAC + IAM). Siguiendo este razonamiento el 1° diagnóstico a descartar es la pericarditis aguda en el contexto de una NAC, si nos valemos del EKG, aunque no impresione un ST muy cóncavo superior tenemos a favor la localización más común que es en la cara inferior (II, III y aVF) y lateral del VI (V5, V6), también a favor el ST infradesnivelado en aVR, y en aVL parece que va camino al infradesnivel (esto se ve en la mayoría de las pericarditis agudas), y otro dato del ECG que merece atención es que la parte final del QRS no está comprometida (en el IAM sí), pero le faltan arritmias supraventriculares, en especial la TS, por lo que le voy cursando un Ecocardiograma para ver ese pericardio. Y en segundo lugar una miocarditis aguda, pues tiene lo 1° que aparece (trastornos del ST y T) y cabría esperar más adelante alteraciones del ritmo, trastornos de la conducción AV e intraventricular, complejos de bajo voltaje, etc. En fin, sabemos que la medicina no es ciencia exacta y que siempre nos depara sorpresas, por eso mientras escribo pienso en el IAM pues hay clínica, ECG y

marcadores positivos, pero antes descartaría las entidades mencionadas.  
Saludos y espero el comentario final.

Dr. Tomás Campillo.

---

Hola a todos. Casos muy interesantes los últimos días y lamento no haber tenido la oportunidad de opinar en ellos.

Muy de acuerdo con los comentarios de los Drs., sobre el caso del Dr. Núñez y considero como primera opción realizar un ecocardiograma, así podríamos valorar el pericardio y la contractilidad global del VI. Si hay alteraciones de la contractilidad sería indicada una coronariografía, aunque los cambios en cara inferior son muy sugestivos de daño miocárdico. No hay FRCV ni datos que hablen sobre el consumo de cocaína, pero con el ECO y posteriormente, al no mejorar el ECG, la coronariografía nos daría el diagnóstico.

Un saludo para todos,  
Oswald Londono  
Hospital de Barcelona  
Unidad Coronaria

Estimados colegas del foro:

Coincido totalmente con el criterio del Dr. Pellizzón que nos enfrentamos frente a un paciente con un síndrome coronario agudo con elevación del ST, y una forma atípica de presentación del dolor (región interescapular). En este caso un IMA inferolateral por probable lesión de CD proximal y ó CX. Ahora bien que por ser un paciente joven , sin factores de riesgo, ni genética de enfermedad coronaria, pudiéramos pensar en infarto con coronarias normales o en menor grado una angina variante.

- El diagnóstico diferencial desde el punto de vista semiológico sería con la disección aórtica aguda y las colecistitis o afecciones musculoesqueléticas de columna dorsal que cursan con dolor interescapular. Estas entidades están casi totalmente descartadas.

- Se mencionó la miopericarditis aguda. En nuestro medio hemos visto algunas de ellas que se presentan en estadios iniciales con cambios del ST-T en derivaciones aisladas y actividad de la CPK-mb, sin embargo no se establece la curva enzimática. El eco, la pruebas inmunológicas y serológicas son definitivas.

- El estado febril y el resto de las manifestaciones generales y radiológicas pueden estar en relación con una sepsis respiratoria que concomita o mejor dicho apareció antes del evento isquémico agudo y que es independiente de el mismo.

- Como bien se expresó sería útil realizarle un ecocardiograma inicial para definir función ventricular segmentaria en los segmentos inferiores y laterales del VI ó cierto grado de hibernación miocárdica.

- El Eco de contraste, la cardiorrsonancia y el TAC multicorte y los estudios de perfusión con radioisótopos constituyen métodos no invasivos para evaluar el síndrome coronario agudo.

- También considero que la coronariografía con test de ergovasina ó ergonovina se impone de carácter no urgente, si no apareciera daño miocárdico en los estudios anteriores.

Esperamos que el diagnóstico final sea una enseñanza para todos.

Fraternalmente.

Dr. Francisco Rodríguez Martorell.

J´Unidad de C.Int. Coronarios.

Hospital Universitario "Calixto García".

Habana. Cuba.

Hola a todos:

Llevo en el foro varios años y siempre estoy aprendiendo de las opiniones de todos. Este caso creo que es un poco complejo debido a que no lo estamos viendo y solo tenemos el primer ECG, no hay ECGs evolutivos solo tenemos lo que nos informaron en el primer correo.

De esta forma lo abordaría.

Para el diagnóstico de un infarto hay 3 criterios: clínicos, electrocardiográficos y enzimáticos. Con 2 de ellos se hace el diagnóstico. En este caso eléctricamente tenemos un STE en cara inferior en donde el STE DIII no es  $>$  STE DII, no existe supra o infradesnivel evidente en las derivaciones DI y AVL con presencia de infradesnivel del ST en V1 y V2 por ende la arteria responsable debe ser la circunfleja (1). Los cambios recíprocos del ST tienen una sensibilidad y especificidad de hasta un 90 % (2). Existe cierta tendencia al supradesnivel en V5 y V6 lo que pudiera reflejar un infarto posterior o más probable lateral, (infarto ínfero posterior o más bien ínfero lateral). Por otra parte se ha hecho hincapié en la falta de taquicardia pero esta pudiera justificarse pues los infartos inferiores suelen producir bradiarritmias. Enzimáticamente según se refiere las enzimas fueron positivas y por otra parte el paciente presenta dolor precordial que según interpreto es típico.

El problema radica en que el paciente no tiene factores de riesgo coronarios clásicos y que este evento está ocurriendo en el curso de una neumonía, entonces cabe la pregunta... ¿Será la causa una trombosis aguda de una arteria coronaria epicárdica lo cual indica reperfusión inmediata?

¿Qué otras patologías pudieran causar este cuadro?

Se debe descartar angina por vasoespasmos la cual puede presentarse en jóvenes, se acompaña de dolor típico, alteraciones del ST tipo STE y arritmias, las cuales no se refieren. Cabría elevación enzimática si el espasmo es tan prolongado que llega a producir necrosis miocárdica. En este caso el dolor se alivia con Nitroglicerina si, lo cual supongo hayan aplicado y el dolor no cedió. Por ende asumo que el espasmo coronario aunque pudiera haber sido desencadenado por el estrés de la fiebre, la infección, etc hubiera cedido.

Pericarditis Purulenta: el paciente tiene elevación evidente del ST en cara inferior, V5 y V6, y tendencia a la elevación en DI con onda T algo picuda en DI, V4-V6, tiene fiebre y dolor precordial, si tiene derrame sería difícil escuchar roce, el ST del paciente no es evidentemente convexo, puede haber infradesnivel del PR lo cual no tiene este caso. Nos ayudan a descartarlo la presencia de cambios recíprocos del ST, la elevación enzimática y el Ecocardiograma .

Miocarditis o mio pericarditis: nos hace pensar en esto el hecho de signos de lesión/necrosis miocárdica con presencia de fiebre y la positividad de los marcadores séricos. Un agente infeccioso puede atacar al miocardio directamente o bien por la respuesta inmunológica que pueden causar trastornos en la repolarización, también secundaria a tóxicos, a reacciones de hipersensibilidad. El problema es que la mayoría de las veces es Viral y ocurre semanas después de una infección y aquí estamos en presencia de una neumonía, por ende lo más probable es que sea de origen bacteriano secundaria a sepsis, la sepsis produciría daño miocárdico pero entonces debiera existir taquicardia, depresión miocárdica y hasta insuficiencia cardíaca y no aparenta existir. Como método no invasivo se pudiera realizar el Eco pero a veces en las etapas iniciales no necesariamente existirán alteraciones segmentarias del acortamiento difusas. La Resonancia Nuclear puede tener una sensibilidad y especificidad del 90%, en estos casos (3).

Endocarditis infecciosa aguda con invasión miocárdica o con embolia coronaria: pudiera justificarse debido a que ocurre durante el proceso infeccioso agudo, existe cierta focalización del daño miocárdico, hay elevación enzimática. Sin embargo no se hace referencia a fenómenos embólicos sistémicos ni a marcada toma del estado general. Se debe realizar Eco para descartarla.

Embolismo pulmonar: taquicardia sinusal, síndrome SI, Q III, STdeprimido V1 a V3, BRD, no es el caso.

Diseccción de la aorta que involucre el ostium de la CD: habría dolor urente, generalmente HTA asociada, diferencial del pulso de Miembros superiores e inferiores, hemopericardio. No es el caso.

En resumen creo que se le debiera haber realizado un ECOcardiograma para descartar las causas mencionadas, si se descartaban sería mejor llevarlo a cateterismo pues es una persona Joven y que con pocas horas de evolución salvaríamos más miocardio y quedaría con una buena Fey, si se comprueba la obstrucción aguda de una arteria epicárdica.

1. Zimetbaum P . Use of the electrocardiogram in acute myocardial infarction. N Engl J Med 2003; 348: 933-40.

2. Morris F ABC of clinical electrocardiography, AMI. BMJ 2003 Vol 324.

3. Mahrholdt H, Goedecke C, Wagner A, et al. Cardiovascular magnetic resonance assessment of human myocarditis: a comparison to histology and molecular pathology. Circulation 2004;109:1250-1258.

Muchas gracias,

Dr. Pablo Hurtado - Nicaragua

Hola, con respecto al valioso aporte del Dr. Hurtado cuando hace referencia a que una elevación enzimática nos serviría para descartar a la pericarditis (al menos así interpreto su relato), en ese sentido quiero disentir y recordar que en la pericarditis podemos encontrar marcadores de inflamación elevados (VSG, PCR, LDH y leucocitosis), como así también marcadores de lesión miocárdica (Troponina I, CK-MB).  
Saludos.

Dr. Tomás Campillo.

---

LA discusión generada fué muy buena, y en definitiva no es otra que la que pasó por la cabeza del médico de guardia de la Unidad, un sábado de tarde, en el Hospital Público. Creo que los pasos que dió fueron los correctos. Uds dirán-

Luego del último episodio de dolor torácico, el colega de guardia en la UTI, le solicitó al paciente un ecocardiograma urgente, el cual lamentablemente no fue muy concluyente, y por el contrario sumó más confusión, al mostrar alteraciones segmentarias de la contractilidad a nivel del séptum. Por este motivo se le realizó cineangiografía de urgencia que mostró: árbol coronario sin lesiones, ventrículo izquierdo dilatado con disfunción sistólica moderada a severa, sin alteraciones segmentarias de la contractilidad.é Evidentemente se trata de una miocarditis aguda en el contexto de una neumonía comunitaria. La evolución fue buena, con curación de la neumonía, mejoría de la función sistólica del ventrículo izquierdo y normalización del ECG.

Dado que en nuestro Hospital no se realiza hemodinamia el paciente debió ser trasladado para ésta. a Montevideo (135 km). Pero el dilema se presentó cuando el médico debió decidir entre realizar o no trombolíticos, ante la sospecha de un IAM .  
Agradezco a todos vuestras opiniones, y las que vendrán después. .  
Saludos

Dr. Edgardo Núñez

Interesante!

A nosotros nos ha pasado alguna vez (y no tan infrecuentemente). La ecocardiografía es tremendamente útil, pero lamentablemente es operador-dependiente y a veces equipo-dependiente. Hay muchos que hacen ecocardiografía, pero ecocardiografistas que analicen clínicamente al paciente para saber qué es lo que tienen que buscar e informar, hay pocos.

De allí que los registros gráficos son mucho más precisos. Un ECG sale siempre igual a pesar del operador.

En este caso, el ECO debería haber informado la dilatación VI y la mala Fey. Este dato hubiera inclinado al médico tratante sobre la miocarditis como diagnóstico principal y no se hubiera planteado la necesidad de trombolíticos.

Gracias por responder ante mi requerimiento.

Un abrazo.

Oscar Pellizzón

---

Estimados colegas del Foro.

Nuevamente aparece otro caso interesante y en mi 1ra intervención de este caso comenté a la miopericarditis y miocarditis como posible diagnóstico. Al no poder tener un ECO concluyente como se expresó hubo cierta duda. Lo cierto es que se realizó un ejercicio donde todos pensamos y emitimos nuestros criterios que no estuvieron muy lejos de la verdad.

Les comento que yo también me dedico a la ecocardiografía y tengo grabados tres casos de miocarditis focal donde las alteraciones segmentarias a nivel del séptum y pared anterior se confunden con IMA de esa localización.

Espero que no se pierda la costumbre de enviar casos polémicos.

Un saludo fraternal.

Dr. Rodríguez Martorell.