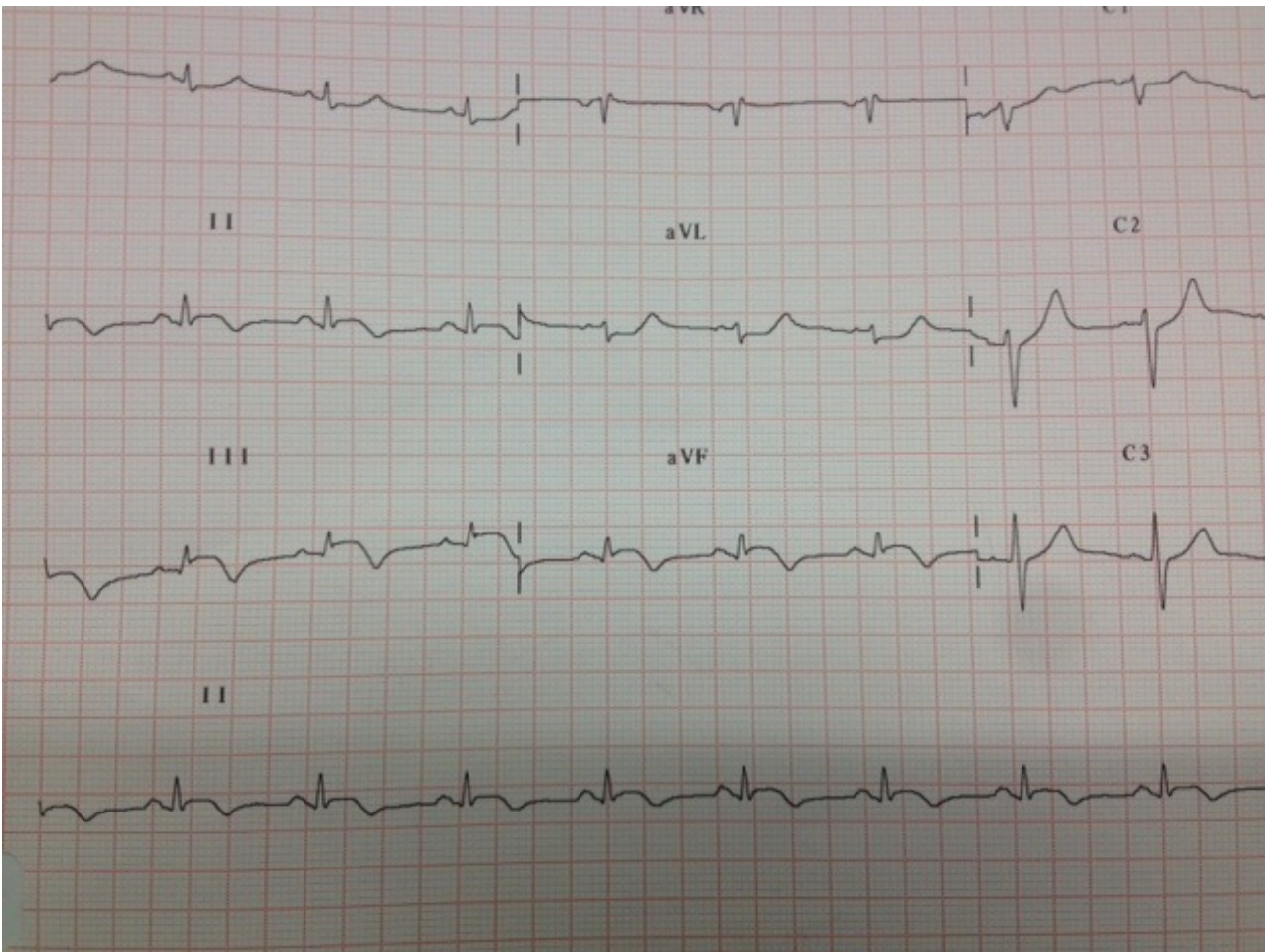


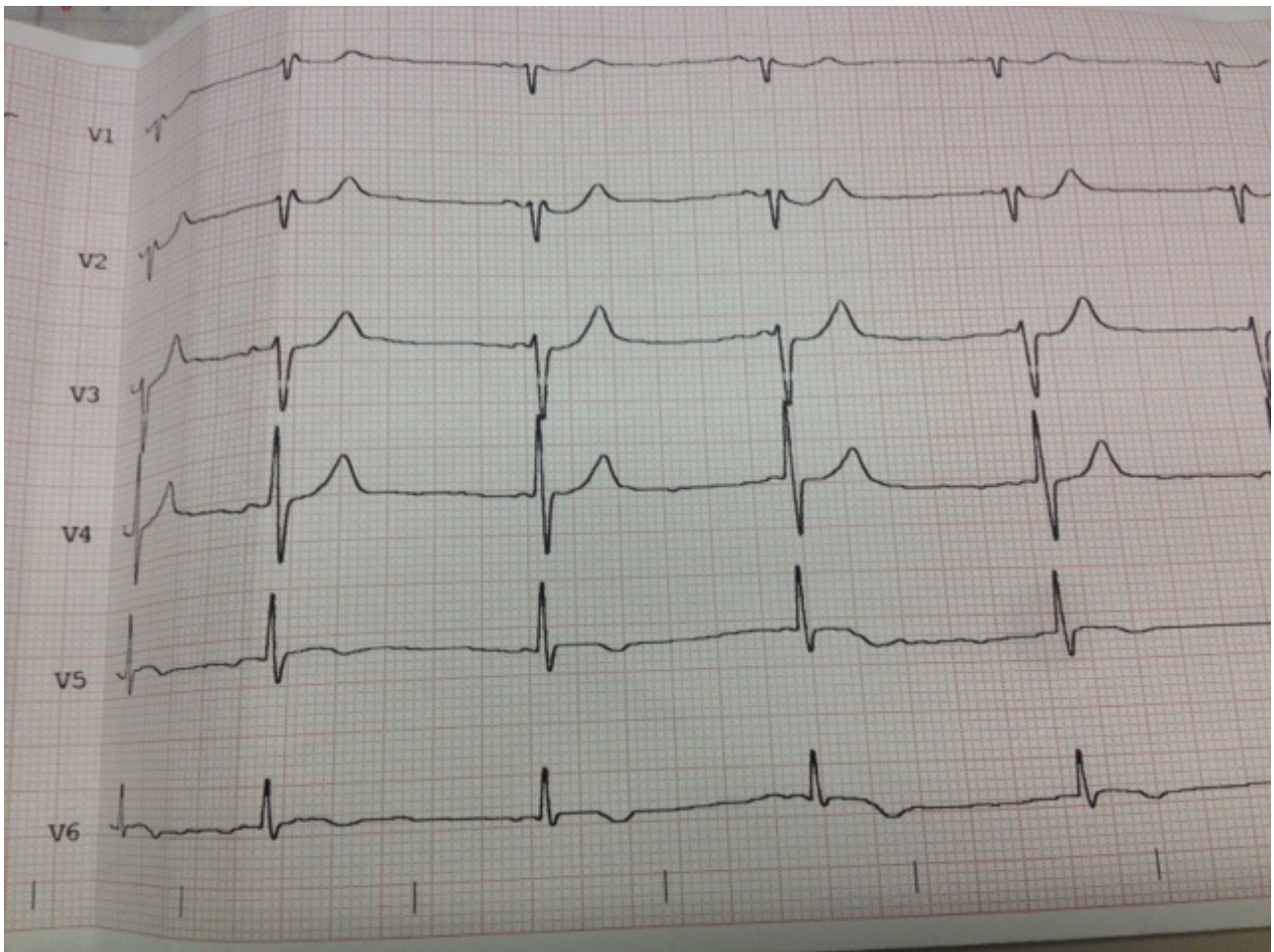
Hombre de 52 años con cuadro febril que desarrolla dolor epigástrico opresivo, presíncope e hipotensión arterial – 2013

Dr. Jhonatan Franco

Buenos días. Me gustaría escuchar sus opiniones sobre el siguiente caso. Hombre de 52 años, con antecedente de tabaquismo 30 paq/año dosis acumulada, sin ningún otro factor de riesgo cardiovascular ni historial familiar de enfermedad coronaria. Presenta cuadro de 4 días de fiebre de 38,5°, artromialgias generalizadas, astenia y adinamia. Ningún foco infeccioso atribuible (niega síntomas respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios). Estando en la sala de urgencias dolor en epigastrio opresivo, presíncope e hipotensión arterial 90/50 mm Hg, Bradicardia sinusal a 50 lpm, y una exploración sin ingurgitación yugular, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios sin sobreagregados, abdomen sin hallazgos relevantes y presenta este EKG. Agradezco sus opiniones sobre el trazado electrocardiográfico asociando el cuadro en general. Muchas gracias. (Si el foro única y exclusivamente hace referencias a arritmias, pido de antemano mil disculpas y entenderé que no se publique en el foro).

Jhonatan Franco





OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Jhonatan,

El cuadro clínico relatado obliga sin ver el ECG a pensar una cuadro de Shock.

El ECG muestra un RS FC 50 x min PR conservado, QRS angosto, con una clara elevación del Segmento ST en las derivaciones inferiores II, III y aVF, más un infradesnivel de V1 a V3 y en DI y

AVL.

Sin dudas estamos frente a un SCA con elevación del ST. Sería interesante si dispusiéramos de las derivaciones posteriores para confirmar si ese infradesnivel en cara anterior guarda relación con una imagen especular de la cara posterior, como también de V3 y V4R para saber si la hipotensión es debido a un infarto extenso o a compromiso del VD.

Suponiendo que el ECG no mostrara cambios en las derivaciones posteriores y derechas para justificar la tendencia a la hipotensión del paciente, no habría que dejar de pensar en una entidad poco frecuente pero que hemos visto quienes hacemos emergencias, en la embolia coronaria por endocarditis infecciosa.

Como 1 medida hay que hacerle al paciente si se dispone en ese momento de una CCG de emergencia y la ecocardiografía nos ayudaría si estuviéramos ante este último cuadro más infrecuente.

Saludos.

Diego Conde

Estimados amigos del foro, quisiera saber si se realizó un ecocardiograma. Yo por un cuadro similar alguna vez visto indagaría buscando miopericarditis. Gracias. Un abrazo

Ángeles Nannini

Con el ECG del Dr Franco este electro indica un infarto inferior típico con arteria reperfundida pero en miocardio con reperfusión incompleta. El síncope fue en la etapa de la obstrucción súbita de la arteria CD. Es muy posible que la obstrucción es muy proximal, y complicó la arteria sinusal induciendo un bradicardia severa, que pasa con la reperfusión de la coronaria y el paciente se recupera inmediatamente

De todo modos no es una arteria dominante, pero es necesario de cateterizarla

Las inversiones de la ondas T con ST elevado pertenenece al infarto inferior y el diagnóstico final es infarto nfero=posterior -lateral y apical debido a una obstrucción de una arteria derecha dominante

Pide disculpa por no dar el diagnóstico completo

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Estimado Jhonatan,

Creo que hay consenso de que se trata de un STEMI inferior en curso.

Creo que la gran pregunta ahora, salvo que alguien esboce otro diagnóstico diferencial, es determinar si la fiebre tiene alguna siguientes 3 posibles causas:

- 1) Secundaria a un foco infeccioso que actuó como posible gatillo del STEMI
- 2) Secundaria al proceso inflamatorio sistémico o mio-pericárdico que se genera en algunos pacientes con STEMI
- 3) Secundaria a una Endocarditis Infecciosa que produjo una embolia coronaria.

Saludos. Diego Conde

Con respecto al infarto con fiebre: Hay pacientes que andan deambulando con un infarto agudo de alrededor de 24 horas, y aparece fiebre por el proceso inflamatorio cardíaco, como se ve frecuentemente en la evolución de un infarto obstructivo con trombo.

Los casos que nosotros publicamos, que eran 12, tenían un proceso febril "como una gripe ," y luego aparecía en infarto al cuarto día con coronarias normales, y de edad 18 a 35 años. la mayoría alrededor de 25 años

Este caso me parece la primera posibilidad

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky
