



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

327/10 - CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ¿QUÉ HACER CUANDO LA ERGOMETRÍA NO CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO?

M. Seoane Vicente.

Médico de Familia. Centro de Salud Acequion. Torrevieja. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 51 años, exfumadora, diabetes tipo 2 de más de 20 años de evolución en tratamiento con antidiabéticos orales, sobrepeso. Antecedentes familiares: madre y hermano con diabetes y muerte por patología cardiovascular en edades tempranas. Presenta clínica de disnea de esfuerzo en los últimos meses sin episodios típicos de dolor torácico o cortejo vegetativo. Refiere a veces, sensación de "garra" a nivel de la garganta, de minutos de duración, que cede al sentarse

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiaca y pulmonar normal, T.A 130/80, parámetros analíticos normales con glucemia bien controlada. ECG: ritmo sinusal sin alteraciones de repolarización. RX Tórax sin hallazgos. Ergometría: test clínica y eléctricamente negativo para isquemia miocárdica. A pesar de ergometría negativa y ante la alta sospecha de patología cardiovascular se decide realizar interconsulta al servicio de cardiología, que indica solicitar ecocardiografía. La paciente tres días antes de la realización de la ecocardiografía, presenta aumento de su disnea, haciéndose de mínimos esfuerzos y sensación de "garra en la garganta" con el esfuerzo, por lo que se deriva a urgencias del hospital. Se realiza ecocardiograma urgente: disfunción sistólica severa (FE 32 %) con alteraciones segmentarias en territorio de DA Y CD, y disfunción diastólica grado III. La paciente ingresa para realizar cateterismo, donde se confirma cardiopatía isquémica con afectación multivaso con estenosis severa en DA, Cx y CD.

Juicio clínico: SCASEST, Miocardiopatía isquémica, Insuficiencia Cardíaca. Se realiza revascularización coronaria percutánea con tres puentes.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial se realizaría con otras patologías que puedan cursar con disnea (enfermedades respiratorias, tromboembolismo, valvulopatías, anemia, ansiedad...).

Comentario final: La ergometría tiene una tasa de falsos negativos en torno al 30% (1), en pacientes con alto riesgo cardiovascular y una sospecha alta de patología coronaria, debe completarse estudio con ecocardiografía-cateterismo. Si no existe posibilidad de solicitud en atención primaria, derivar a cardiología para estudio.

Palabras clave: cardiopatía isquémica, ergometría, falso negativo

Bibliografía

(1) Arós F, Boraita A, Alegría E, Ángel M Alonso AM, Alfredo Bardají A, Ramiro Lamiel R et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en pruebas de esfuerzo.

Rev Esp Cardiol. 2000;53(8):1063-94.