



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 423/21 - LO QUE EL ELECTROCARDIOGRAMA ESCONDE

M. Bueso Navarro<sup>1</sup>, M. Gali Juan<sup>2</sup>, E. Salvador Candau<sup>3</sup>, A. Campos Aznar<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Burriana I. Burriana, <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Carinyena. Vilarreal. Castellón de la Plana, <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Carinyena. Vila-real. Castellón de la Plana, <sup>4</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Urgencias Hospital La Plana. Vila-real. Castellón de la Plana.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 56 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, fumador y obesidad grado I. En tratamiento con doxazosina 8 mg al día, ramipril 10 mg al día, AAS 100 mg al día, simvastatina 20 mg al día. Acude a consulta de centro de salud de forma urgente porque durante toda la noche ha presentado varios episodios de dolor torácico descritos como pinchazos en hemitórax izquierdo que se irradian a codo izquierdo con sudoración acompañante. Fue dado de alta hace una semana tras ingreso en el servicio de Cardiología por los mismos episodios de dolor torácico y en el que se descartó origen isquémico. Al momento de su valoración en urgencias del centro de salud le ha cedido el dolor. Exploración física anodina. Se le realiza ECG en el que objetivamos: ritmo sinusal a 75 lpm, eje +30°, QRS estrecho, PR 0,12, no signos de isquemia. A pesar de normalidad en exploración y ECG se decide derivar a puerta de urgencias hospitalarias para valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada a urgencias hospitalarias el paciente sigue asintomático. TA 135/86 mmHg, FC 73 lpm, T<sup>a</sup> 35,8 °C, SatO<sub>2</sub> 97%. BEG, NH, NC, CyO. La exploración física sigue siendo anodina, con ACP: normal. Se realiza nuevo ECG sin cambios respecto al previo del centro de salud. Radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. Analítica normal. Con CK 30 y troponina T 5. Mientras estamos explicando el resultado de las pruebas complementarias al paciente, éste presenta nuevo episodio de dolor torácico izquierdo irradiado a hombro izquierdo, con sensación nauseosa y sudoración. Le realizamos en el momento del dolor un nuevo ECG que muestra: RS a 100 lpm, PR 160 ms, QRS estrecho, ascenso del segmento ST en cara inferior de hasta 3 mm en DIII con descenso en D y aVL. Extrasístole ventricular en bigeminismo. El ECG se normaliza a los 2 minutos cuando al paciente le cede el dolor. Los episodios se repiten cada 15 minutos, objetivándose elevación de ST en las mismas derivaciones en todos ellos. Se comenta el caso con UCI y se decide ingreso.

**Juicio clínico:** Angina vasoespástica de Prinzmetal.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome coronario agudo, disección aórtica, pericarditis, neumotórax, TEP, síndrome ansioso, algia intercostal.

**Comentario final:** El paciente fue ingresado en UCI y posteriormente en planta de Cardiología. Las

pruebas de ecocardiografía, coronariografía y ergometría fueron normales sin mostrar lesiones obstructivas significativas, por lo que se le da el alta pautando tratamiento con calcioantagonistas tras 72 horas sin nuevos episodios.

### **Bibliografía**

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012; p. 292-3.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

Fox K, et al. Guía sobre el manejo de la angina estable. Rev Esp Cardiol. 2006,59(9):919-70.