



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2241 - UN TAL LLAMADO SGARBOSSA...

J.J. Parra Jordán^a, S.F. Pini^b, G.A. Sgaramella^c, R. López Sánchez^d, L. Prieto Redondo^e, P. Sanroma Mendizábal^f, A. Azagra Calero^a, J. Capellades i Llopart^e, A. Casal Calvo^g y J.L. Cepeda Blanco^h

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria. ^cMédico de Familia; ^fJefe de Servicio. Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años, que consulta por dolor torácico de pocas horas de evolución. No alergias, exfumadora desde hace 4 años (20 paq-año). DM tipo 2. HTA. Dislipemia. Miocardiopatía dilatada con patrón bloqueo-rama-izquierda (BRI) de reciente diagnóstico ingresada en Cardiología hace 5 meses (pendiente de colocación de desfibrilador automático implantable). Acude a la consulta por dolor torácico desde hace 1h tipo opresivo de inicio en ejercicio irradiado a brazo izquierdo con cortejo vegetativo. Alivio parcial con nitroglicerina sublingual dada por el 061.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 140/85, FC:70. Consciente. Eupneica, bien perfundida. Obesa. SatO₂: 99%. Ruidos cardiacos rítmicos. Soplo sistólico en foco mitral I/IV. Función renal normal. Pruebas hepáticas normales. Iones normales. Hemograma: 5.500 leucocitos, fórmula normal. Hb: 11,7 g/dl. Troponina: 0,00 ng/ml. ECG: RS a 55 lpm. PR normal. Eje -30°, QRS: 0,16, QTc: 0,50. Elevación del segmento ST en precordiales V1 a V3. T negativas en precordiales V2 a V6. Descenso de ST en DI y aVL. Patrón de BRI. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo (VI) dilatado con disincronía por BRI. FE global: 30%. Disfunción sistólica de VI grave.

Juicio clínico: Síndrome coronario agudo en paciente con miocardiopatía dilatada con BRI conocido.

Diagnóstico diferencial: Arritmias. Valvulopatía. Hipertiroidismo.

Comentario final: El BRI dificulta el diagnóstico de infarto agudo de miocardio ocasionado por oclusión de una arteria epicárdica y hasta ahora los criterios de Sgarbossa, con sus limitaciones conocidas, eran la herramienta más empleada. La actualización del tercer criterio de Sgarbossa (razón ST/S) ofrece una oportunidad para mejorar el rendimiento diagnóstico y brindar una estrategia de reperfusión a quienes realmente se beneficien. No obstante, se requieren más estudios para incorporarlo de manera definitiva en la práctica clínica actual. Es de importancia vital conocer estos criterios en pacientes con BRI para decidir una actitud a seguir.

Bibliografía

1. Kumar V, Venkataraman R, Aljaraodi W, Osorio J, Heo J, Iskandrian A, et al. Implications of left bundle branch block in patient treatment. *Am J Cardiol.* 2013;111:291-300.
2. Sgarbossa EB, Pinski SL, Barbagelata A. Electrocardiographic diagnosis of evolving acute myocardial infarction in the presence of left bundle-branch block. *N Engl J Med.* 1996;334:4817.

Palabras clave: *Sgarbossa. Bloqueo de rama izquierda. Síndrome coronario agudo.*