



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3640 - ¿QUÉ HACE AHÍ ESE ZUECO?

M. Pérez Fernández^a, M. Castillo Noguera^b, M. Álvarez Morillo^b y M. García Miranda^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Ávila Norte. Ávila. ^bMédico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Norte. Ávila. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Norte. Ávila.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 75 años con AP HTA, tabaquismo e intolerancia a IECA por tos. Tratamiento habitual Carduran y Ameride. IAVD. Acude a nuestra consulta por fiebre vespertina, de hasta 38 desde hace 5 días sin aparente foco. Actualmente asintomático. No refiere odinofagia, tos ni expectoración. No náuseas ni vómitos, no dolor abdominal, no alteraciones del ritmo intestinal, ni síndrome miccional asociado.

Exploración y pruebas complementarias: TA 150/80 mmHg, FC: 85 lpm, T^a 37 °C. Exploración: consciente, orientado, normocoloreado y eupneico. Faringe enrojecida, sin placas ni hipertrofias. No adenopatías. No rigidez de nuca. ACR: rítmico, MVC. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan visceromegalias. No edemas en MMII. Analítica: anodina. Sin datos de interés. Rx tórax: SCF libres, corazón en zueco, no presente en previas. Ante esta imagen realizamos ECG. Encontramos ritmo sinusal a 95 lpm, eje izquierdo y ondas QS anteriores con elevación de ST en V2/V4.

Orientación diagnóstica: Reinterrogado el paciente comenta hace un mes un cuadro de dolor en brazo izquierdo de más de 30 minutos de duración seguido 10 días después de malestar general y dolor en región interescapular. No pérdida de conocimiento. Derivamos a urgencias para valoración.

Diagnóstico diferencial: IAM anterior y aneurisma VI.

Comentario final: 1. Importancia de la anamnesis y el estudio adecuado de las patologías ya desde primaria, pues en muchas ocasiones conocer la historia previa del paciente puede ser determinante para el diagnóstico. 2. El aneurisma VI es una dilatación, en forma de saco, producido por el adelgazamiento de la pared del miocardio, secundario habitualmente a un infarto importante previo. El electrocardiograma tiene una sensibilidad y especificidad, para detectar AVI del 51% y 84% respectivamente. Esto unido a la clínica y Rx tórax nos pone sobre la sospecha del mismo.

Bibliografía

1. <https://secardiologia.es/imagen/formacion/casos-clinicos/3231-sindrome-coronario-agudo-con-aneurisma-apical-sin-cambios-evolutivos>
2. Manual de bolsillo Interpretación de Electrocardiograma. GoodWellness.

Palabras clave: IAM. Aneurisma VI. ECG patológico.