



## CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – PRESENTACIÓN DE CASOS

# Cambios electrocardiográficos múltiples en síndrome coronario agudo y enfermedad coronaria grave



Santiago Patiño G. <sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Medicina Interna, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

<sup>b</sup> Servicio de Urgencias, Clínica CardioVID, Medellín, Colombia

<sup>c</sup> Departamento de Medicina Interna, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Recibido el 13 de enero de 2015; aceptado el 6 de abril de 2015

Disponible en Internet el 23 de mayo de 2015

### PALABRAS CLAVE

Bloqueo de rama;  
Enfermedad coronaria;  
Infarto agudo de miocardio

### KEYWORDS

Bundle-branch block;  
Coronary disease;  
Myocardial infarction

### Resumen

**Objetivo:** Presentar el electrocardiograma de un paciente con hallazgos múltiples en el síndrome coronario agudo y la enfermedad coronaria grave.

**Métodos:** Presentación de un caso con antecedentes y el cuadro clínico de ingreso, el manejo instaurado y el desenlace.

**Resultados y conclusiones:** Las manifestaciones electrocardiográficas del síndrome coronario agudo y la enfermedad coronaria grave van más allá de los cambios en el segmento ST y la T; cambios en la onda P y en la morfología del QRS también son indicativos de mal pronóstico.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Multiple electrocardiographic changes in acute coronary syndrome and severe coronary artery disease

#### Abstract

**Aim:** To present the electrocardiogram of a patient with multiple manifestations in the context of acute coronary syndrome and severe coronary heart disease.

**Methods:** Case report including past history, clinical presentation, treatment and outcome.

**Results and conclusions:** Electrocardiographic manifestations in acute coronary syndrome and severe coronary heart disease is beyond ST and T changes; P wave changes and in the QRS wave morphology are indicative of worst prognosis.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correos electrónicos: [Santiago.patino@udea.edu.co](mailto:Santiago.patino@udea.edu.co), [drsapg@gmail.com](mailto:drsapg@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2015.04.001>

0120-5633/© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La enfermedad coronaria y su manifestación aguda el infarto agudo del miocardio es la primera causa de mortalidad en Colombia y en el mundo<sup>1</sup>. A todo paciente que consulta por dolor torácico es necesario realizarle un electrocardiograma (EKG) en los primeros cinco minutos de la atención en búsqueda de cambios en el segmento ST y de esta forma definir si el paciente requiere una estrategia de revascularización emergente<sup>2</sup>. Sin embargo, los cambios en el ST no son los únicos que pueden evidenciarse en el EKG en el contexto de síndrome coronario agudo. El presente artículo tiene como objetivo presentar un caso de un paciente que ingresa por dolor torácico con múltiples cambios electrocardiográficos, enfermedad coronaria grave y desenlace fatal.

## Reporte de un caso

Se trata de un hombre de 58 años de edad con antecedentes de IAMST anterior en 1997, el cual fue revascularizado percutáneamente, quien ingresa por una semana de disnea de esfuerzos y edemas. Tres días antes presentó dolor anginoso y 12 horas antes un episodio de similares características de 30 minutos en reposo. Al examen físico presentó FC 80 lpm, FR 17 rpm y PA 100/60 mmHg, ingurgitación yugular a 45°, crépitos y edemas. El EKG (fig. 1), demostró signos de anomalía auricular izquierda, desviación del eje a la derecha y bloqueo de rama derecha así como elevación del segmento ST en aVR y V1; cambios nuevos con respecto al electrocardiograma poscoronariografía de 1997 (fig. 2). Se inició manejo para infarto agudo del miocardio. Su Tnl reportó 21,6 ng/dL y la ecocardiografía FE 25% con trastornos segmentarios de la contractilidad. Se realizó una coronariografía encontrándose lesiones del 99% en la arteria descendente anterior proximal (ADA), mayores del 90% en la arteria circunfleja (ACx), las tres ramas diagonales y la obtusa marginal y oclusión crónica de la coronaria derecha. Durante el procedimiento presentó paro cardiorrespiratorio con reanimación fallida.

**Tabla 1** Hallazgos electrocardiográficos diferenciales en compromiso de ADA proximal y eje desviado a la derecha

### Compromiso de ADA proximal

- Elevación del segmento ST en aVR
- Depresión del segmento ST en V5
- Elevación del segmento ST en V1 > 2.5 mm
- Depresión del segmento ST en las derivaciones inferiores
- Depresión del ST en III > II
- Bloqueo de rama derecha del Haz de His
- Síndrome de Wellens

### Eje desviado a la derecha

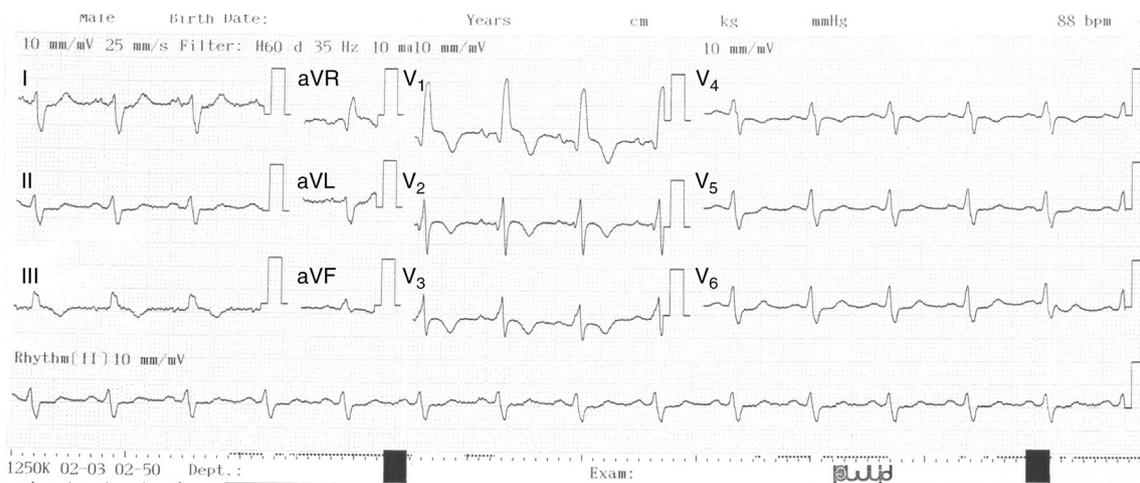
- Hipertrofia ventricular derecha
- Hemibloqueo de fascículo posterior
- Neuropatías agudas y crónicas
- Extrasistolia ventricular
- Intoxicación por bloqueadores de los canales de sodio
- Infarto de la cara lateral

## Discusión

En los servicios de urgencias es necesario familiarizarse con los cambios electrocardiográficos de la enfermedad coronaria aguda. Se debe reconocer la elevación del segmento ST (como se evidencia en el presente caso con la elevación del ST en aVR y V1 en el contexto de oclusión de ADA proximal) pero hay otros hallazgos que vale la pena resaltar.

La anomalía auricular izquierda se ha descrito como predictor de disfunción ventricular izquierda en el infarto agudo del miocardio<sup>3</sup>. En este caso, la presencia de una P de más de 100 mseg de duración, bimodal, con una separación mayor de 40 mseg en DII y una fuerza de P terminal en V1 de  $-0,04 \text{ mm} \cdot \text{seg}$  [índice de Morris positivo]<sup>4</sup> son indicadores de anomalía auricular izquierda.

La enfermedad de ADA proximal puede manifestarse de múltiples formas en el electrocardiograma<sup>5-9</sup> (tabla 1), sin embargo, estos hallazgos pueden verse modificados y/o alterados en presencia de la enfermedad coronaria de tres vasos<sup>7</sup>. En este paciente, se puede observar la elevación



**Figura 1** Elevación discreta del ST en V1 y aVR, índice de Morris positivo, eje desviado a la derecha (rS en DI y aVL) y bloqueo de rama.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012022>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012022>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)