

# *ECOCARDIOGRAMA: PRUEBA DIAGNÓSTICA DIFERENCIAL EN EL IAM NO Q. A PROPÓSITO DE UN CASO*

## **AUTORÍA**

Bernal Pérez, Francisca\*

\*Enfermera del Hospital de Bellvitge. Instituto Catalán de la Salud. (ICS). Hospitalet de Llobregat.

## **Dirección para correspondencia:**

[enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com](mailto:enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com)

## **RESUMEN**

El infarto agudo de miocardio (IAM) se produce generalmente por obstrucción completa de una arteria coronaria debido al desprendimiento de una placa arterioesclerótica lo que hace que se interrumpa el suministro de oxígeno en el tejido miocárdico, lo cual da lugar a necrosis o muerte tisular.(1)

El IAM se suele caracterizar por dolor prolongado y cambios electrocardiográficos y enzimáticos. Pero existe una forma diferente de cardiopatía isquémica que se caracteriza por no presentar onda Q ni supradesnivel del segmento ST en el electrocardiograma.(2)

Presento caso de varón de 48 años de edad con diversos antecedentes de riesgo cardiovascular que va presentarse tres veces al servicio de urgencias con dolor torácico, opresión y dificultad respiratoria y al que se le va diagnosticar erróneamente como dolor torácico inespecífico y síndrome ansioso y que tras reconsultar con cardiólogo de zona 60 días después de sus estancias en urgencias y la realización de un ecocardiograma se evidenció IAM no Q.

Con este trabajo se pretende evidenciar la importancia de implantar la Ecocardiografía como una prueba diagnóstica rutinaria a realizar en las áreas de urgencias.

## **PALABRAS CLAVE**

Infarto agudo de miocardio, IAM no Q, ecocardiograma.

## **TITLE**

ECHOCARDIOGRAPHY: DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC TEST IN THE NON-Q AMI. A CASE

## **ABSTRACT**

Acute myocardial infarction (AMI) is usually caused by complete obstruction of a coronary artery due to atherosclerotic plaque detachment that makes the continuous provision of oxygen in myocardial tissue, which leads to tissue death.

The IAM is often characterized by prolonged pain and electrocardiographic and enzymatic changes. But there is a different form of ischemic heart disease characterized by non-Q wave file or ST segment elevation on the electrocardiogram. I present a male of 48 years of age with various cardiovascular risk factors that will be presented three times to the emergency room with chest pain, tightness and shortness of breath that you are going misdiagnosed as nonspecific chest pain, anxiety disorder and that after reconsultar zone with a cardiologist and 60 days after echocardiography evidenced AMI Q.

This work aims to show the importance of implementing the echocardiography as a routine diagnostic test to be performed in emergency departments.

## **KEY WORDS**

Acute myocardial infarction, non-Q AMY, echocardiogram.

## **INTRODUCCIÓN**

El síndrome coronario agudo (SCA) incluye la angina inestable, el infarto agudo de miocardio (IAM) y la muerte súbita. (3) Dentro de este síndrome, el infarto no Q es la entidad menos estudiada, constituye una entidad clínica que se ubicaría entre la angina inestable y el IAM con onda Q. (4)

Los pacientes que acuden a los servicios de urgencias con dolor torácico constituyen un grupo importante en el conjunto de los enfermos que utilizan las urgencias hospitalarias. La complejidad en el manejo y la dificultad en el establecimiento de un diagnóstico rápido requieren de una evaluación severa. Hay multitud de causas posibles y diferentes pronósticos según la patología subyacente.

El dolor torácico puede no sólo originarse en el corazón, sino también en otras estructuras adyacentes. El manejo adecuado de esta situación evita diagnósticos erróneos que pueden poner en peligro la vida del paciente. (5)

Según un estudio del Colegio Americano de Cardiología, entre un 2 y 8% de los enfermos con infarto agudo de miocardio es dado de alta sin diagnosticar, por lo que estos pacientes presenta doble riesgo en cuanto morbi-mortalidad y entre un 40 y 60% de los pacientes que ingresan en el hospital no presentan cardiopatía isquémica, lo cual representa una pérdida de tiempo y dinero. (6)

La valoración de un paciente en urgencias con dolor torácico debe ir encaminada al despistaje de procesos que pongan en riesgo la vida del paciente, se debe realizar una buena historia clínica y exploración física. Primero se debe confirmar el IAM, posteriormente la angina inestable, una vez descartados estos procesos dirigir la atención a detectar otras causas cardíacas de los síntomas.

En numerosas publicaciones se clasificaron las diferencias entre el IAM Q y el IAM no Q, presentando éste último la mortalidad más baja, un área de infarto de menor tamaño y menor incidencia de insuficiencia cardíaca. Pero también se demostró a su vez que los episodios isquémicos y reinfartos es mayor en el infarto no Q, en relación con mayor cantidad de

miocardio en riesgo, igualando al año la mortalidad en relación con el IAM Q. Este motivo nos hace pensar que el IAM no Q no es una patología benigna como lo han descrito algunos estudios.(7)

### **DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente varón de 48 años de edad que acude a urgencias el día 02-11-2009 por dolor torácico sin especificar. Presenta antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabético orales, artropatía psoriásica y síndrome depresivo-ansioso.

- **Enfermedad actual**

Presenta molestias punzantes de 3 a 5 minutos de duración a nivel faríngeo, centro torácico y epigástrico con cierta sensación disneica desde hace un año, irradiada a espalda, sin vegetatismo acompañante y sin clara relación con el esfuerzo. El último episodio ha sido hoy de mayor intensidad que los anteriores.

- **Exploración física**

-No edemas periféricos.  
-No signos de Trombosis venosa profunda (TVP).  
-No dolor en las apófisis costoverbrales.

- **Exploración complementaria**

-ECG con ritmo sinusal. 100 lpm sin alteraciones en la repolarización.  
-Determinación troponinas negativas.

**Diagnóstico:** Dolor de tórax.

Se le indica paracetamol 1g si dolor y remisión a atención primaria.

### **2º Episodio de urgencias**

Vuelve a reconsultar al día siguiente por dolor torácico retroesternal bajo punzante irradiado a espalda con leve sudoración y sensación disneica, mientras caminaba en plano.

Se le vuelven a realizar las mismas pruebas, destacando sólo el electrocardiograma un eje de 60º y un hemibloqueo de rama derecha. Se le vuelve a diagnosticar dolor torácico atípico en paciente con síndrome ansioso por lo que se decide alta a domicilio y control con médico de cabecera.

### **3º Episodio de urgencias**

Vuelve a acudir a urgencia el día 07-11-2009 por continuar con dolor torácico irradiado a epigastrio, no opresivo que no mejora con posición, que aparece con y sin esfuerzo. Se le vuelven a repetir las pruebas complementarias en las que todo sale normal, sólo continua el hemibloqueo de rama derecha. Se le da el alta.

El paciente reconsulta a médico de atención primaria, que le indica visita con el cardiólogo de zona para valoración. Al cabo del mes y medio se le practica ecocardiografía evidenciando patrón de necrosis antero-apical y diagnosticando IAM antero-septal con función global conservada. Se le insta dentro de dos meses a completar estudio con ergometría de esfuerzo y otra ecocardiografía y como tratamiento se le insta antiagregantes, parche de nitroglicerina y beta bloqueantes.

El paciente continua con molestias torácicas, cansancio generalizado y disnea con y sin esfuerzo por lo que acude a cardiólogo del Hospital de Bellvitge, que tras visualizar los informes de urgencias anteriormente mencionados, lo ingresa de urgencias para practicarle cateterismo cardíaco. En la práctica de esta prueba se detecta un vaso enfermo: Descendente anterior con estenosis significativa.

En el servicio de hemodinámica evidencian que tras realización de cateterismo cardíaco, la lesión se encuentra en zona aórtica peligrosa para la colocación de stents cardíacos, por lo que se decide con el equipo de cirugía cardiaca la práctica de un Bypass aorto- coronario con arteria mamilar izquierda a descendente anterior ante la presencia de insuficiencia cardiaca. En UCI el paciente evoluciona satisfactoriamente y tras unos diez días ingresado se decide alta a domicilio.

### **CONCLUSIONES**

Con todo este periplo de visitas a urgencias y diagnósticos erróneos se puede determinar que la simple realización de una ecocardiografía demostró la gravedad del paciente. En la actualidad no se deberían renunciar a las informaciones que proporciona esta técnica no invasiva. Aporta información sobre las paredes y estructuras internas del corazón, la anatomía, la hemodinámica y la función cardiaca. (8)

Los ultrasonidos permiten analizar en el síndrome coronario agudo la presencia de la contracción segmentaria, que son marca de isquemia, así como valorar la función ventricular global.

La oclusión coronaria aguda provoca alteraciones de la función diastólica que se continúan con la disfunción sistólica a los pocos segundos. La aparición de estas alteraciones constituye el signo más precoz de isquemia miocárdica detectable en la práctica clínica.

También permite establecer el diagnóstico diferencial con otras causas de dolor torácico. Un número importante de enfermedades puede ser fácilmente diagnosticada mediante ecocardiograma; un ejemplo de ello serían:

- Disección aórtica.
- Hematoma de pared aórtica.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Pericarditis.
- Ruptura del músculo papilar, etc...

Además el ecocardiograma, en la etapa aguda de los eventos coronarios, descubre anomalías en la motilidad de las paredes en 89% a 100% de los pacientes con infarto transmural.

Con todo lo expuesto sería muy útil la incorporación de esta prueba diagnóstica como rutina en las áreas de urgencias, de este modo muchos pacientes que son dados de alta, porque tras la realización de otras exploraciones complementarias han resultado negativas, no tuvieran la suerte de este paciente.

El electrocardiograma es pieza fundamental en la evaluación del paciente con dolor torácico y es una exigencia marcada por todas las guías clínicas, pero también hay que decir que tiene sus limitaciones para la identificación de los pacientes con síndrome coronario agudo y se establece que entre el 1 y el 17% de los pacientes con un ECG inicial normal tienen un diagnóstico final de SCA.(9)

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Libby P. Current concepts of the patogénesis of the Acute Coronary Síndromes. *Circulation* 2001; 104: 365-72.
  - Bassand JP. Manejo de los síndromes coronarios agudos sin elevación del ST. *Monocardio* 2002; IV(4): 170-72.
  - Utset JM. Actualización en el tratamiento de los síndromes coronarios agudos. *Med Clinica (Barcelona)* 1999; 113: 294-308.
  - Antman E, Braunwald E. Acute Myocardial Infarction. In: Braunwald E Zipes DP, Libby P, eds. *Heart Disease: A Textbook of cardiovascular Medicine*. 6th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2001: 1144-1251. Chapter 5.
  - Rutherford, JD.; Brauwald E.: Diagnóstico diferencial del dolor precordial. En: Braunwald E: *Tratado de cardiología*, 4ª edición. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1993; pág 1448-1449.
  - James H. Chesebro. La clínica del dolor torácico en el Servicio de Urgencias: abordaje de los pacientes y relación coste-eficacia. *Grandes temas de la cardiología: avances hacia el cambio de siglo*. 1998, American College of Cardiology.
  - Beltrán PM, Requiera, Gómez-Hospital JA. Tratamiento invasivo en los pacientes con angina inestable e infarto de miocardio sin elevación del segmento ST. *Monocardio* 2002; (4) 202-207.
  - García Fernández, MA., López- Sendón, J; Moreno Yangüela, M; Two dimensional echocardiography and Doppler findings in right ventricular infarction: *Echocardiographi in ischemic heart disease*. Iliceto Editor. Kluwer Academic Publishers.1990.
  - Rouan, GW. Clinical characteristics and outcome of acute myocardial infarction in patients with initially normal or nonspecific electrocardiograms. *Am J Cardiol* 1989,64:1087-92.
-