

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 8

ECG: varón con debilidad y mareo

Herrera Ruiz M¹, Martínez Pérez J¹.

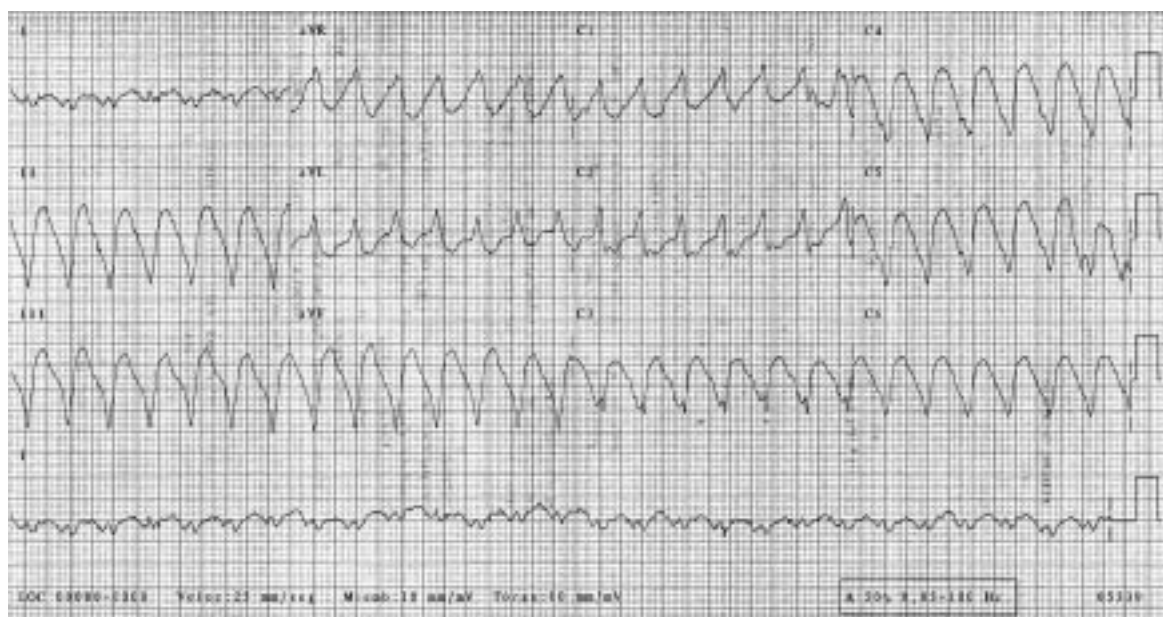
¹ Residentes tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Caballero. Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada.

Paciente de 67 años que acude al Servicio de Urgencias del Hospital por un cuadro de vómitos repetidos, debilidad generalizada y sensación de mareo sin pérdida de conocimiento, junto a dolor torácico de 3 horas de evolución con irradiación a espalda, brazos y piernas.

Como antecedentes personales presenta: Cardiopatía isquémica e hipertensiva. IAM (infarto agudo de miocardio) anteroseptal (1977). IAM infero lateral complicado con derrame pleural bilateral e insuficiencia mitral (12/01), HTA (hipertensión arterial). ACV (accidente cerebrovascular) isquémico (1998). Insuficiencia cardiaca. Trombosis intracavitaria apical estable. Epilepsia. Tratamiento con anticoagulantes orales, parches de nitroglicerina, betabloqueantes, IECA (inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina), diuréticos, y antiépilépticos.

A la exploración encontramos al paciente consciente y orientado con estado general conservado, sudoroso, palidez cutánea, normoperfundido. Afebril. Pulsos carotídeos presentes y simétricos bilaterales. Hemodinámicamente presenta presión arterial de 106/83, frecuencia cardiaca de 162 lpm. Eupneico a 18 rpm con O₂ en gafas nasales a 2 litros con saturación de O₂ del 95 %.

ACR (auscultación cardiopulmonar): ruidos rítmicos con ritmo de galope sobreañadido y disminución generalizada del murmullo vesicular. Abdomen anodino. EEII (extremidades inferiores) con pulsos periféricos presentes sin edemas ni signos de TVP (trombosis venosa profunda). Se realiza electrocardiograma de doce derivaciones que presenta el siguiente registro:



¿Cuál es su diagnóstico?

- 1.–Taquicardia supraventricular con bloqueo completo de rama izquierda.
- 2.–Taquicardia regular supraventricular en paciente con bloqueo de rama funcional (frecuencia dependiente).
- 3.–Taquicardia supraventricular reciprocante con conducción antidrómica (utiliza la vía accesoria para la conducción anterógrada) en un paciente portador de un WPW (Wolf-parkinson-white).

4.–Taquicardia ventricular monomórfica sostenida

5.–Taquicardia sinusal con bloqueo completo de rama derecha.

(Respuestas razonadas en el próximo número)

Remitir las respuestas al correo electrónico: revista@samfyc.es

o a: **Revista Medicina de Familia. Andalucía**

¿Cuál es su diagnóstico?

Calle Arriola 4, bajo - 18001 Granada

Comentarios a cuál es su diagnóstico (del vol. 3, núm. 2)

(Medicina de Familia (And) 2002; 3: 148)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

1.-FALSO. La acalasia es un trastorno motor del músculo liso esofágico, cuyos síntomas fundamentales son disfagia, dolor torácico y regurgitación. En la radiología de tórax destaca la ausencia de imagen aérea gástrica y ocasionalmente una masa mediastínica tubular adyacente a la aorta.

2.-FALSO. El divertículo de Zenker es una saculación posterior del esófago entre las fibras del constrictor superior de la faringe, por lo tanto de localización en mediastino superior. Puede dar lugar a halitosis, regurgitación de saliva, restos alimentarios consumidos anteriormente, y compresión del esófago con disfagia u obstrucción completa.

3.-FALSO. La hernia de Morgagni se debe a un defecto congénito del diafragma en la zona del ángulo cardiofrénico; pueden tener grasa epiploica, intestino, estómago e hígado. Suelen ser asintomáticas y no requieren tratamiento.

4.-CORRECTO. Es la anomalía más frecuente del esófago, consistiendo en una herniación de parte del estómago en la cavidad torácica a través del hiato esofágico del diafragma, evidenciándose en la radiografía de tórax como una masa mediastínica retrocardíaca con nivel hidroaéreo. Existen tres tipos, la hernia por deslizamiento, que es la más común, la paraesofágica y la mixta. La clínica principal es de reflujo gastroesofágico. También puede existir pesadez o plenitud posprandial, náuseas o disfagia intermitente. Otros estudios complementarios son el esofagograma tras la administración de papilla de bario y la endoscopia.

5.-FALSO. Son quistes embrionarios, consistentes en cavidades rellenas de líquido mucoide, de aparición en la segunda ó tercera década de la vida, asintomáticos, y no

suelen tener gas en su interior, salvo que exista comunicación con la vía aérea, lo cual es infrecuente

Otros cuadros con los que se puede establecer el diagnóstico diferencial son:

– QUISTE ENTÉRICO. muy baja frecuencia, de presencia en la infancia, de localización en área paraespinal, y suelen ser neuroentéricos (en comunicación con el conducto espinal) y generalmente asociados a anomalías vertebrales (espina bífida, vértebras en mariposa).

– INTERPOSICIÓN DE COLON RETROESTERNAL QUIRÚRGICA se localiza en región retroesternal, no retrocardíaca, junto con el antecedente quirúrgico.

– MEDIASTITITIS / ABSCESO MEDIÁSTÍNICO. En la mediastinitis existen antecedentes de yatrogenia o de alguna enfermedad predisponente (trauma torácico, Ca. de esófago, cuerpos extraños, esofagitis cáustica, o vómitos). En cuanto al absceso mediastínico existiría una semiología infecciosa.

– PERFORACIÓN TRAQUEAL principalmente de la unión traqueobronquial, donde habría antecedentes (traumatismo, intubación), y clínica característica (cianosis, disnea, hemoptisis, enfisema subcutáneo).

– ADENOPATIAS TUBERCULOSAS NECROSADAS en comunicación con la vía aérea: hasta un 90% de pacientes con Tuberculosis primaria tiene adenopatías radiológicamente visibles. Se observan otras adenopatías (bronquiales, hiliares), así como otros estigmas tuberculosos.

– INYECCIÓN DE AIRE DE FORMA INADVERTIDA. se demostrará el antecedente de acceso en vía vascular.

*Jiménez López AM
Moncayo Sánchez A
Médicos de Familia
Z.B.S. El Mármol. Macael (Almería)*