



Imagen clínica

Infarto inferior y de ventrículo derecho: electrocardiograma de un tromboembolismo pulmonar



Inferior myocardial infarction involving right ventricle: electrocardiogram suggesting pulmonary embolism

Manuel Fernández-Anguita^a, Miguel Corbí-Pascual^{b,*} y Arsenio Gallardo-López^c

^a Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Calle Hermanos Falcó, 37, 02006, Albacete, España

^b Unidad Coronaria, Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Calle Hermanos Falcó, 37, 02006, Albacete, España

^c Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital General de Albacete, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Calle Hermanos Falcó, 37, 02006, Albacete, España

Mujer de 58 años, hipertensa, obesa y fumadora, trasladada a urgencias por parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. El primer electrocardiograma tras la reanimación cardiopulmonar era compatible con infarto agudo de miocardio con elevación del ST inferior y de ventrículo derecho (Fig. A y B), y el ecocardiograma mostró disfunción severa biventricular, por lo que se

realizó un cateterismo urgente que no objetivó lesiones coronarias. Durante el procedimiento se observó en el monitor variaciones respiratorias de la TA compatibles con pulso paradójico y el ECG poscateterismo (fig. 1C) mostró taquicardia sinusal, normalización del segmento ST y patrón de McGuin-White (S1Q3T3). Se realizó un angio-TAC que confirmó el diagnóstico de TEP bilateral masivo

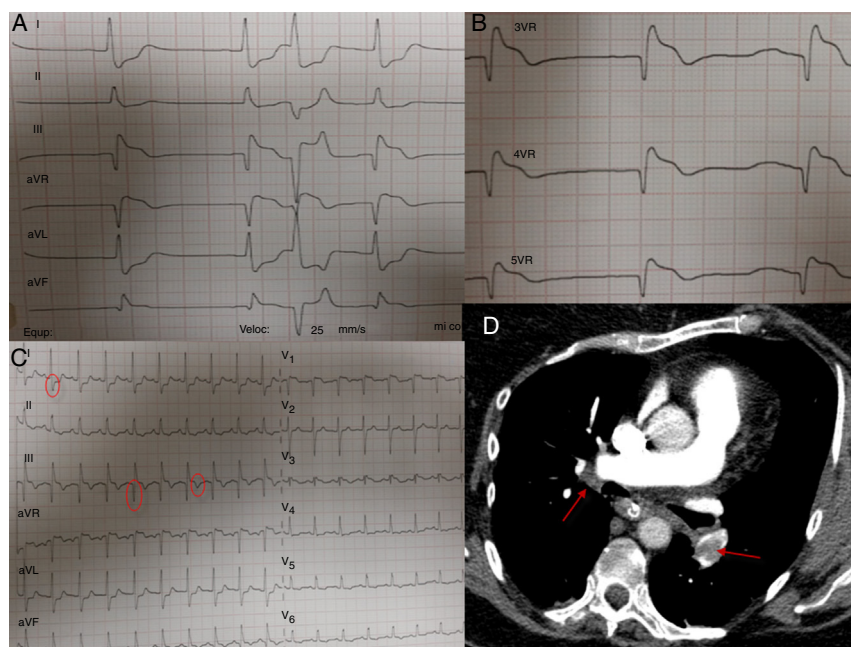


Figura 1. (A y B). Electrocardiograma compatible con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en cara inferior y con afectación de ventrículo derecho. (C). ECG que muestra patrón de McGuin-White (S1Q3T3). (D). AngioTAC pulmonar, defectos de replección en las ramas principales de las arterias pulmonares (flechas).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguelcorbi@hotmail.com (M. Corbí-Pascual).

(fig. 1D, flechas). La paciente falleció a las 4 h a pesar de la terapia trombolítica. La sobrecarga aguda de presión ocasionada por el TEP habría conducido al fracaso del VD secundario a infarto de VD como se detectó en el ECG de nuestro paciente pese a lo infrecuente de este hallazgo¹.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Stein PD, Henry JW. Clinical characteristics of patients with acute pulmonary embolism stratified according to their presenting syndromes. *Chest*. 1997;112:974–9.