

Nueva Sección: Imágenes en Atención Primaria

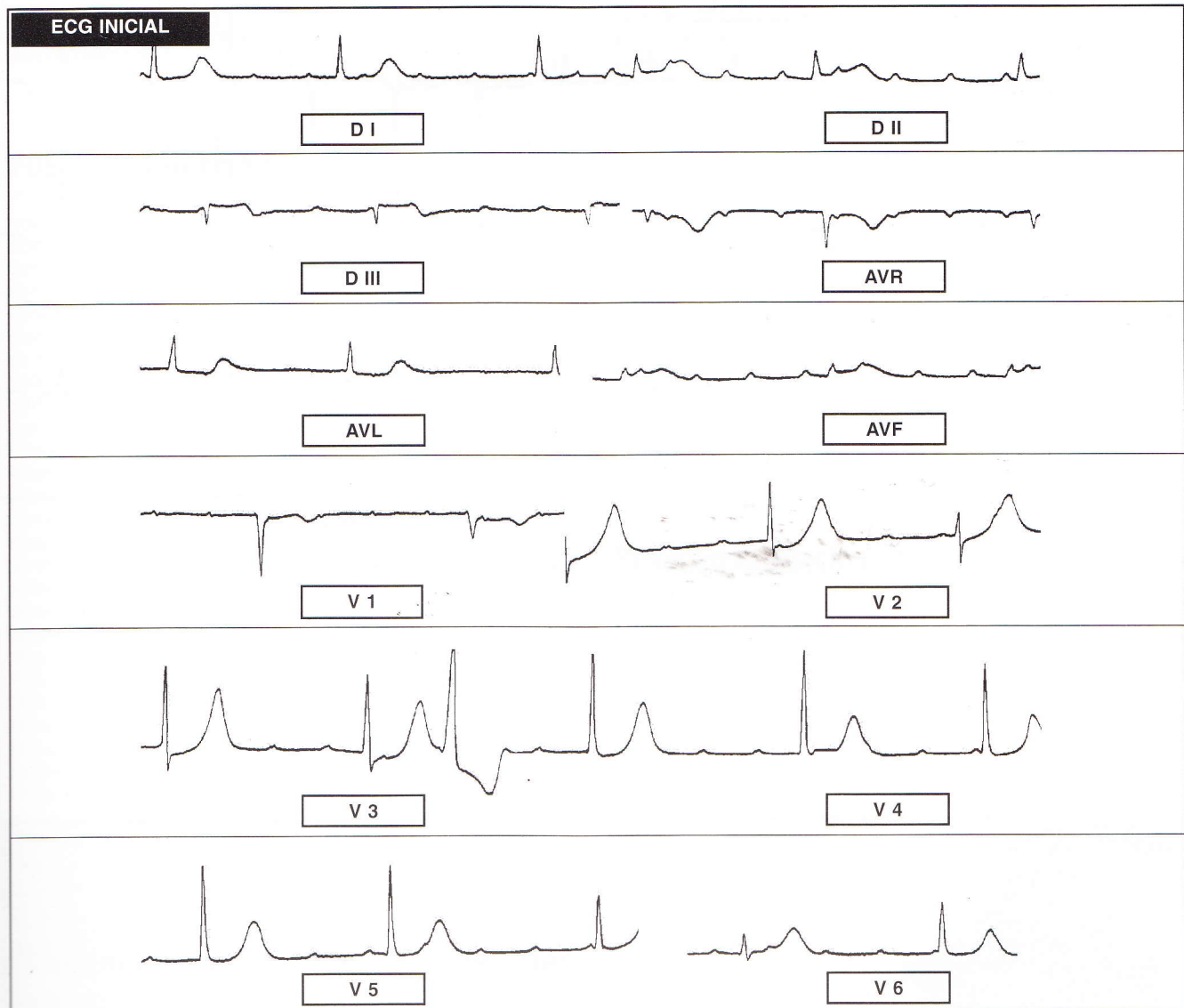
En este número de Evidencia, inauguramos una nueva sección de imágenes en atención primaria. En ella se presentan casos clínicos donde la imagen de una radiografía, tomografía, ECG u otra resulte fundamental. La idea es presentar situaciones clínicas habituales del ámbito ambulatorio, y no mostrar rarezas. Invitamos a participar en ella a cualquier voluntario que tenga un caso clínico asociado a una imagen clave para el mismo. Este será evaluado por el comité editorial. Pueden mandarlo por correo, e-mail, o personalmente a nuestras oficinas. Esperamos que lo disfruten y les sea de utilidad.

Caso Clínico

Pedro es un paciente de 60 años, con antecedentes de diabetes e hipertensión. Dice que hace unos cuatro días siente unos mareos, y también que el día previo a la consulta siente una molestia en zona supraclavicular bilateral en forma intermitente. Llamó a un médico a domicilio quien le constata baja presión y

atribuye los síntomas a ello. Al día siguiente me viene a ver a primera hora fuera de turno. A los síntomas previos agrega disnea al bajarse del auto y caminar 50 metros hasta el consultorio. Al examen físico constato piel pálida y terrosa, pulso lento e irregular, con frecuencia cardíaca 40 por minuto y rales crepitantes bibasales. Le solicito un ECG.

Lectura: Frecuencia 40 por minuto. Se constatan ondas P a un



ritmo regular pero disociadas de los complejos QRS, inclusive a veces estos últimos son deformados por la onda P. Se constata supradesnivel del ST en DII, DIII y AVF, con la R amputada en estas dos últimas derivaciones. Infradesnivel del ST en V2, V3 y V4, donde además se observa ondas T altas y picudas.

Diagnostico: Bloqueo AV completo, IAM de cara inferior en curso. Solicito traslado urgente a la Unidad Coronaria.

Evolución: Se coloca un marcapasos transitorio, y realiza angio-

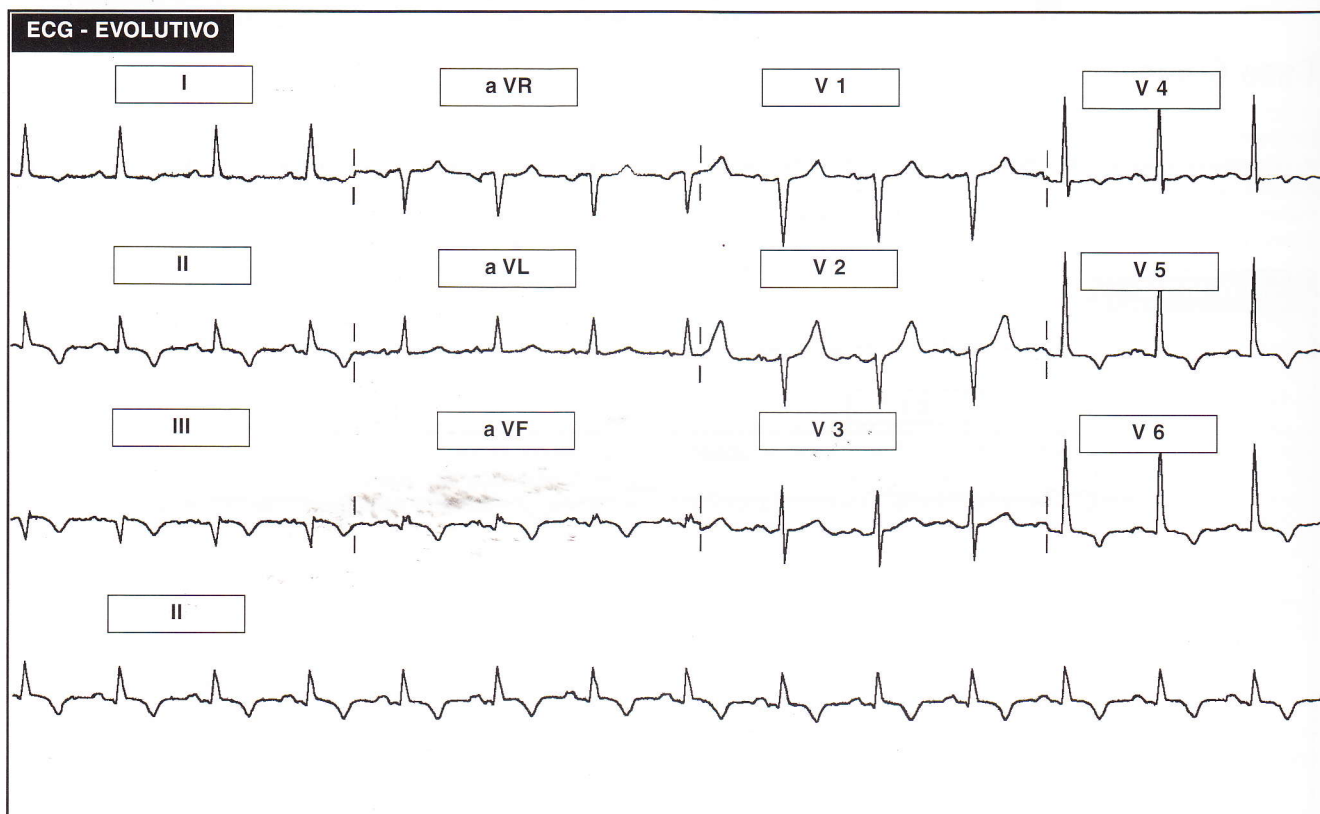
plastia con balón a la arteria circunfleja con lesión oclusiva en tercio medio. La evolución fue favorable con una CPK máxima de 1000, el bloqueo AV revirtió luego de 72 horas. Inicia tratamiento con aspirina y enlApril, sin atenolol por el antecedente del bloqueo AV y PR largo. Se va de alta luego de 7 días de internación. A los 20 días del evento, el paciente se encuentra asintomático.

Ecg evolutivo: El ECG muestra que el ritmo es sinusal y el inter-



valo PR es normal. Se observa una amputación de las ondas R en DII y AVF, ondas T negativas y simétricas en DII, DIII, AVF, V5 y V6. Esto último es el resultado del proceso y probablemente queden como secuela.

Desde ya dejamos abierto para todos los casos un canal de intercambio. Sus comentarios, ideas, o contrapuntos serán bienvenidos.



Dr. Augusto Granel [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires]

