

---

 Patrón de pseudoinfarto en un paciente con hiperkalemia
 

---

Varón de 72 años, con antecedentes de enfermedad coronaria e insuficiencia renal que consulta por dolor precordial atípico. El electrocardiograma (ECG) evidenció una taquicardia de complejos QRS anchos, con bloqueo completo de rama derecha y hemibloqueo anterior izquierdo, ausencia de ondas P, ondas T picudas en derivaciones II, III, aVF y V<sub>4</sub> a V<sub>6</sub>, ondas Q patológicas de V<sub>2</sub> a V<sub>6</sub> con falta de progresión de R en V<sub>5</sub> y V<sub>6</sub>, y elevación del segmento ST en V<sub>4</sub>, V<sub>5</sub> y V<sub>6</sub> (flechas), sugestivo de infarto agudo de miocardio (IAM) (Fig. 1). Los datos del laboratorio mostraron: creatinina sérica: 2.7 mg/dl, potasio sérico: 8,1 mEq/l y troponina I <0.04 ng/ml. Normalizado el potasio, el ECG realizado 6 horas después mostró ritmo sinusal, bloqueo bifascicular, extrasístoles supraventriculares bigeminadas, complejos QRS más angostos, desaparición de las ondas T picudas y disminución de la elevación del segmento ST. Se observaron cambios del voltaje de R en derivaciones V<sub>1</sub> y V<sub>3</sub>, con falta de progresión de R de V<sub>3</sub> a V<sub>6</sub> en comparación con el ECG previo que se asumieron como posicionales (Fig. 2). La hiperkalemia causa anomalías electrocardiográficas en forma progresiva, y ocasionalmente puede observarse elevación del ST simulando la presencia de IAM como en este paciente.

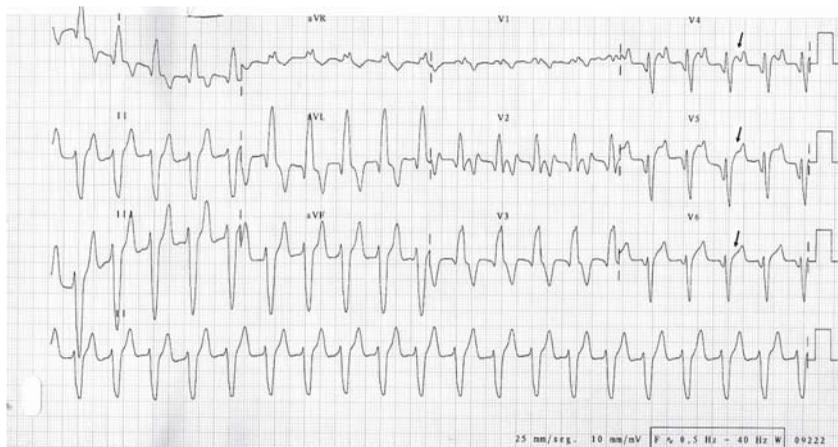


Fig. 1

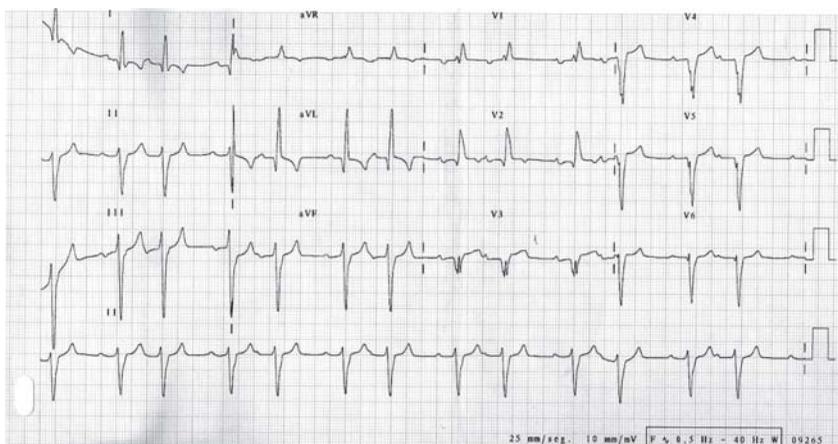


Fig. 2

Ariel K. Saad, Sandra Swieszkowski, Ricardo Pérez de la Hoz

Servicio de Cardiología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

e-mail: aksaad@arnet.com.ar