



COMPLEJO DE MCGINN-WHITE (S1Q3T3): NO SIEMPRE HAY QUE PENSAR EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

Autores: Velázquez Álvarez J (1), Cuesta Pérez-Camino A (2), Crespo González S (1), Augusto Rendo B (3), Pérez Bol R (1)
Centro de trabajo: (1) Médico de Familia C.S.Cudeyo, (2) Médico SUAP C.S.Colindres, (3) Enfermera C.S.Cudeyo

INTRODUCCIÓN:

El complejo de McGinn-White o patrón S1Q3T3 (onda S en I, onda Q en III y onda T negativa en III) es indicativo de hipertensión pulmonar con la consiguiente dilatación del ventrículo derecho, originando un cor pulmonale agudo o crónico; por tanto, no es patognomónico de tromboembolismo pulmonar (TEP)

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO:

Varón de 58 años que acude a consulta programada de paciente hipertenso. Se realiza electrocardiograma de rutina (llevaba más de 2 años sin hacerlo por falta de asistencia): patrón s1q3t3. Interrogado de forma dirigida, no refiere aumento significativo de su clínica habitual, aunque al preguntarle por esfuerzos físicos reconoce cierta limitación que atribuye a su edad. Antecedentes: fumador severo, hipertensión arterial, dislipemia y bronquitis crónica severa (en tratamiento con candesartán-hidroclotiazida, atorvastatina, salmeterol-fluticasona y tiotropio) Solicitamos radiografía de tórax informada como normal y, ante la falta de síntomas que indiquen una patología aguda, se deriva a Cardiología para estudio. Tras unos meses, acude de nuevo a consulta preocupado por el diagnóstico: hipertensión pulmonar (HTP) moderada y cor pulmonale secundario a la bronquitis crónica.

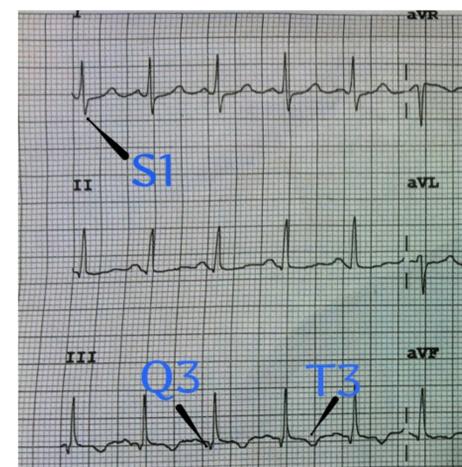


TABLA 1

Causas de cor pulmonale

Vasoconstricción hipóxica

EPOC (bronquitis crónica y enfisema), fibrosis quística
 Hipoventilación crónica
 Obesidad
 SAOS (síndrome de apnea del sueño)
 Enfermedad neuromuscular
 Disfunción de la pared torácica
 Residencia a gran altitud

Oclusión del lecho vascular pulmonar

Tromboembolia pulmonar, embolia tumoral, huevos de parásitos
 Hipertensión pulmonar primaria
 Enfermedad veno-oclusiva pulmonar/hemangioma capilar pulmonar
 Drepanocitosis/embolia grasa
 Mediastinitis fibrosante, tumor mediastínico
 Angeítis pulmonar secundaria a enfermedad sistémica
Enfermedad parenquimatosa con pérdida de superficie vascular
 Enfisema buloso, deficiencia de alfa1-antitripsina, hiperinsuflación
 Bronquiectasias difusas, fibrosis quística
 Enfermedad intersticial difusa
 Neumoconiosis
 Sarcoidosis, fibrosis pulmonar idiopática, histiocitosis X
 Tuberculosis, infección micótica crónica
 Enfermedad del colágeno vascular
 Neumonitis por hipersensibilidad
 EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

La primera sospecha diagnóstica más habitual al encontrarnos un patrón s1q3t3 es el TEP, quizás por el temor a la potencial gravedad de esta patología. La HTP en las enfermedades respiratorias hipoxémicas es el resultado de factores múltiples, que incluyen vasoconstricción hipóxica, hipercarbina, acidemia, distorsión de los vasos pulmonares, aumento del débito cardíaco y policitemia. La oxigenación adecuada, con una saturación superior a 90-92%, permite reducir la resistencia vascular pulmonar y reducir la demanda sobre el ventrículo derecho, de ahí la importancia de controlar periódicamente el cumplimiento terapéutico. Los diuréticos son útiles en caso de sobrecarga de volumen.

PALABRAS CLAVE: Tromboembolismo; TEP; cor pulmonale; hipertensión pulmonar.

BIBLIOGRAFÍA:

- Ferrera C, Vilacosta I. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial pulmonar. *Medicine*. 2013; 11(44): 2649-53
- Gómez-Doblas JJ, Velasco JL, Alarcón PL, Montiel AT. Cor pulmonale. Etiopatogenia. Proceso diagnóstico. Criterios pronósticos. Tratamiento. *Medicine*. 2005;9:2873-8.