

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Pinto-Prades JL, Ortún-Rubio V, Puig-Junoy J. El análisis coste-efectividad en sanidad. *Aten Primaria*. 2001;27:275–8.
2. Krinsky S. Conflict of interest and cost-effectiveness analysis. *JAMA*. 1999;282:1474–5.
3. Catalá-López F, Sanfélix-Gimeno G, Ridao M, Peiró S. When are statins cost-effective in cardiovascular prevention? A systematic review of sponsorship bias and conclusions in economic evaluations of statins. *PLoS One*. 2013;8:e69462.
4. Catalá-López F, Ridao M, Alonso-Arroyo A, García-Altés A, Cameron C, González-Bermejo D, et al. The quality of reporting methods and results of cost-effectiveness analyses in Spain: A methodological systematic review. *Syst Rev*. 2016;5:6.
5. Hussain A, Smith R. Declaring financial competing interests: Survey of five general medical journals. *BMJ*. 2001;323:263–4.
6. Papanikolaou GN, Ioannidis JP. Declaring competing interests. Types of competing interests would be of interest. *BMJ*. 2001;323:1187–8.

Ferrán Catalá-López^{a,b,c,*} y Manuel Ridao^{d,e}

^a *Departamento de Medicina, Universidad de Valencia/CIBERSAM e Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Valencia, España*

^b *Clinical Epidemiology Program, Ottawa Hospital Research Institute (OHRI), Ottawa, Ontario, Canada*

^c *Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia, España*

^d *Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), Zaragoza, España*

^e *FISABIO-Salud Pública, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ferran.catala@hotmail.com (F. Catalá-López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.010>
0212-6567/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/s/by-nc-nd/4.0/>).

Reconocimiento electrocardiográfico de una dextrocardia



Recognition electrocardiographic a dextrocardia

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una paciente de 41 años, natural de Guinea Ecuatorial, que acudió a nuestro centro de salud por dolor torácico. La paciente no relataba

antecedentes de interés. Vivía en nuestra comunidad autónoma desde hace pocos años, y únicamente había acudido en 2 ocasiones a nuestra consulta de atención primaria, ambas por traumatismos banales. En esta ocasión refirió sentir un dolor generalizado en el hemitórax superior izquierdo de unas 48 h de evolución, sin traumatismo ni desencadenante. Negaba dolor a la palpación y no se acompañaba de otra sintomatología.

La exploración física no demostró ninguna anormalidad, y las constantes vitales se mantenían dentro del rango. Se realizó un electrocardiograma (ECG) (fig. 1). Al valorarlo hallamos un ritmo sinusal de 65 lpm, con onda P, QRS y T negativos en I y aVL, PR normal, QRS estrecho

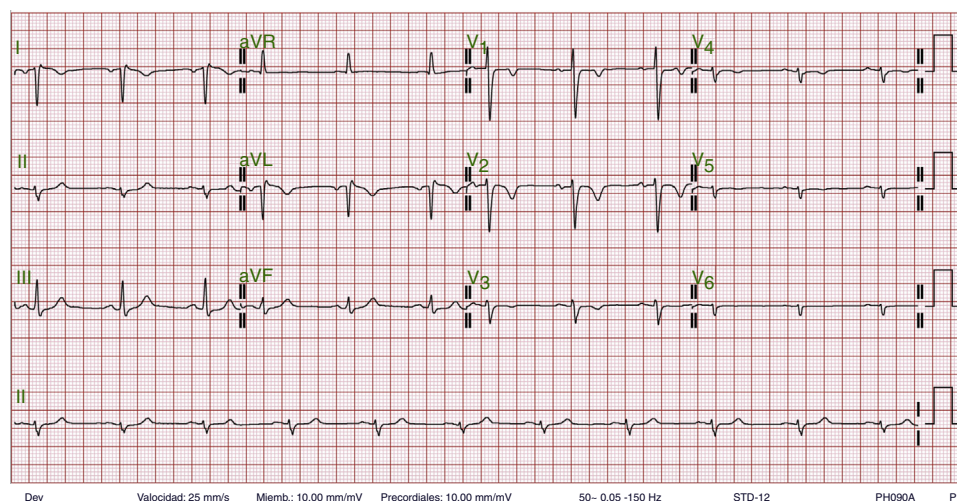


Figura 1 Electrocardiograma.

con eje derecho y rS en precordiales, sin progresión de la onda R.

Con las anomalías halladas en la prueba, se sospechó de un posible error en la colocación de los electrodos, por lo que fue repetido. El ECG resultante fue idéntico.

Ante la persistencia del dolor torácico, las alteraciones en la prueba y una nueva negativa de la paciente de enfermedades previas, se comentó el caso con el servicio de emergencias de nuestra zona. Tras valorar a la paciente y los ECG, recomendaron trasladarla a urgencias hospitalarias para completar el estudio y descartar enfermedad cardíaca aguda. Allí se repitió el ECG, con un trazado, sin cambios respecto al visto en nuestro centro, se solicitó una analítica sanguínea que no mostró alteraciones, y una radiografía de tórax que reveló un cambio en la anatomía compatible con una dextrocardia. Quedó descartada enfermedad cardíaca aguda.

La dextrocardia en una enfermedad muy infrecuente, con una prevalencia del 0,01%¹. Se trata de una alteración congénita, aunque el diagnóstico generalmente se alcanza de forma incidental en la edad adulta al solicitar una radiografía de tórax o un ECG por cualquier motivo. Se caracteriza por un cambio de la normalidad, con una malrotación cardíaca, semejante a una imagen en espejo. El corazón se sitúa en el hemitórax derecho, con el eje base-ápex dirigido hacia abajo a la derecha². Puede encontrarse de manera aislada o asociada a *Situs inversus*. Si esto ocurriera, el resto de órganos toraco-abdominales se situarían en el lado opuesto al habitual³. En caso de no asociarse con anomalías estructurales del corazón, la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes es similar a la población general.

Ante una dextrocardia, el trazado electrocardiográfico muestra característicamente la presencia de una onda P negativa en la derivación I (DI)⁴. También podría tratarse de una colocación errónea de los electrodos de los miembros superiores o de un ritmo auricular ectópico. Otros hallazgos típicos son la negativización del QRS y de la onda T en DI, el eje derecho y la no progresión de onda R en precordiales.

Si fuera necesario realizar un ECG a un paciente con dextrocardia, los electrodos deberían colocarse de forma diferente a la habitual. Los de los miembros superiores se invertirían (rojo en la izquierda y amarillo en la derecha), manteniendo igual los de los miembros inferiores. Los electrodos precordiales se colocarían en «espejo» a la forma cotidiana (V1 en cuarto espacio intercostal izquierdo y el resto en el nivel habitual, pero en hemitórax derecho)⁵.

La dextrocardia se encuentra en muy rara ocasión en atención primaria, pero es interesante conocerla y saberla detectar. Con una buena anamnesis e insistiendo en los antecedentes (en nuestro caso, *a posteriori*, la paciente manifestó conocer el diagnóstico desde unos años antes, pero lo obvió, porque le dijeron que «era una alteración sin importancia») y con una correcta interpretación del ECG, se pueden evitar estudios y derivaciones innecesarias. En nuestro caso, si hubiéramos reconocido el patrón típico habríamos ahorrado el gasto personal y material que supuso la valoración por el servicio de emergencias, y su posterior traslado y estudio hospitalario.

Bibliografía

1. Evans WN, Acherman RJ, Collazos JC, Castillo WJ, Rollins RC, Kip KT, et al. Dextrocardia: Practical clinical points and comments on terminology. *Pediatr Cardiol*. 2010;31:1–6.
2. Gonçalves LF, Souto FM, Faro FN, Mendonça Rde C, Oliveira JL, Sousa AC. Dextrocardia with situs inversus associated with non-compaction cardiomyopathy [Article in English, Portuguese]. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101:e33–6.
3. Ogunlade O, Ayoka AO, Akomolafe RO, Akinsomisoye OS, Irinoye AI, Ajao A. The role of electrocardiogram in the diagnosis of dextrocardia with mirror image atrial arrangement and ventricular position in a young adult Nigerian in Ile-Ife: A case report. *J Med Case Rep*. 2015;9:222.
4. Bayés de Luna A. La electrocardiografía en las distintas cardiopatías y en situaciones diversas. *Tratado de electrocardiografía clínica*. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1988. p. 483.
5. Fernandez Alcantud E, Casals Felip R. Dextrocardia en el adulto. *AMF*. 2014;10:420.

Teresa Ausejo Ramos, Jose Luis Ramón Traperó*
y David Cuerda Santaren

Centro de Salud Siete Infantes de Lara, Logroño, La Rioja, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josoramon@hotmail.com
(J.L. Ramón Traperó).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.009>
0212-6567/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).