Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1567

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1064 - ¿DOLOR TORÁCICO TÍPICO O ANSIEDAD?

M. López Giner[a], M. López Giner[a], J. Valerio de León[b], N. Baraza Pérez[c], V. Madrid Ferreiro[b] y J. Cabrerizo González[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. Murcia. [b]Médico de Urgencias. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 49 años, sin AP de interés. Sin tratamiento crónico, toma lorazepam ocasional por ansiedad. Acude a consulta porque, tras discusión familiar, presenta dolor centrotóracico, opresivo, de 15 minutos de duración, se irradia a cuello y se acompaña de náuseas, cefalea holocraneal y sudoración. Exploración física anodina (Tª 36 ºC, SatO2 99%, TA 128/81, FC 73 lpm, FR 22 rpm, AC: rítmica, sin soplos. Dolor centro torácico, empeora con la digitopresión; AP: MVC, Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación; Miembros inferiores: no edemas, no signos de trombosis venosa profunda,), se realiza ECG que evidencia elevación del punto J en II, III y aVF, así como en derivaciones precordiales, por lo que se remite a Urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada continúa asintomática y con exploración física y constantes similares a previas. Se realiza ECG que se informa como ritmo sinusal a 56 lpm, PR 156 ms, QTc 381 ms, eje + 66º, elevación del punto J en II, III y aVF, así como V4-V6 y onda T negativa en aVL. Analítica: glucemia 146 mg/dL, urea 25 mg/dL, creatinina 0,7 mg/dL, sodio 136 mEq/L, K+ 4 mEq/L, hemoglobina 13 g/dL, hematocrito 34,3%, VCM 80,1 fL, Plaquetas 309 × 10^3/uL, Leucocitos 10,01 × 10^3/uL; CrCl 95,15 mL/min. Troponinas ultrasensibles 147. 2º determinación 367 ng/L. Rx tórax: ICT conservado, hilios pulmonares normales, hemidiafragmas libres, no condensaciones ni otras lesiones pleuroparenquimatosas. Tras resultados de exploraciones complementarias, se comenta con Cardiología e ingresa a su cargo para completar estudio. Ecocardiografía: estudio normal. Función sistólica global normal (FEVI 65%). No discinesia apical. Coronariografía: arterias coronarias epicárdicas sin lesiones. RMN cardíaca: pendiente.

Juicio clínico: Síndrome de discinesia apical o Tako-tsubo.

Diagnóstico diferencial: Ansiedad. Miocarditis. Síndrome coronario agudo. Vasospasmo. Síndrome X. Miocardiopatía.

Comentario final: Resaltar la importancia de sospecha clínica coronaria aguda ante un dolor torácico en una paciente joven y sin antecedentes personales de interés, salvo clínica ansiosa.

Bibliografía

1. http://www.revespcardiol.org/es/angina-microvascular-síndrome-x/articulo/13035739/
2. http://journal.frontiersin.org/article/10,3389/fpsyg.2017,00527/full

Palabras clave: Dolor torácico. Síndrome de Tako-Tsubo. Ansiedad.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.