



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/25 - ¿CEREBRO O CORAZÓN?

M. Bueso Navarro¹, M. Gali Juan², E. Salvador Candau³, A. Campos Aznar⁴

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Burriana I. Burriana, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Carinyena. Vilarreal. Castellón de la Plana, ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Carinyena. Vila-real. Castellón de la Plana, ⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Urgencias Hospital La Plana. Vila-real. Castellón de la Plana.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 82 años con AP de EPOC en tratamiento con broncodilatadores, ADC de próstata en tratamiento con leuprorelina semestral, dislipemia en tratamiento con atorvastatina/ezetimiva 10/20 mg, que acude a urgencias del centro de salud porque mientras limpiaba su casa sobre las 10:00h se ha encontrado mal, con sensación de debilidad, un episodio de vómitos y desde entonces no recuerda nada. Lo último es que se ha despertado en el sofá ya con su familia sobre las 12:00h. Los familiares refieren que lo han encontrado en el sofá tirado y que se ha orinado. El paciente refiere que desde que se ha despertado nota dolor en tórax derecho a punta de dedo que no sabe tipificar. No irradiado. Sigue con náuseas.

Exploración y pruebas complementarias: Contantes: TA 132/87, FC 71 lpm, saturación O2 99%. Glucemia 121 mg/dl. Buen aspecto general. Herida en punta de lengua zona inferior. No dolor a la presión esternoclavicular. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: anodino. Sin focalidad neurológica aparente. Pulsos femorales presentes y simétricos. No edemas en MMII ni signos de TVP. Se decide traslado a urgencias hospitalarias para valoración por descartar como causa del síncope un probable accidente isquémico transitorio (AIT), pero dado el dolor torácico, a pesar de no ser típico, decidimos realizar un electrocardiograma (ECG) en centro de salud. El ECG muestra fibrilación auricular a 60lpm, con infradesnivel de ST de V2 a V6, discreto descenso en II, III y aVF y discreta elevación en aVR. Se le administra aspirina 300 mg oral y se decide traslado a urgencias de hospital para valoración.

Juicio clínico: Síndrome coronario agudo sin elevación de st (scasest) con cuadro sincopal.

Diagnóstico diferencial: AIT, síncope vasovagal, neumotórax, crisis convulsiva.

Comentario final: A su llegada a puertas de urgencias se encuentra estable, sigue con molestias en zona torácica derecha. ECG igual que el centro de salud. RX tórax normal. TAC craneal normal. Seríamos marcadores con primeros niveles de creatinkinasa (CK) 668 y troponina T de 894,5. Segundos niveles de CK 1.548 y troponina T 1.847. Ingresa en Cuidados Intensivos donde presenta extrasistolia ventricular frecuente con elevación de marcadores. Se realiza coronariografía que detecta enfermedad de Tronco coronario izquierdo y 3 vasos con perfil desfavorable para angioplastia pero con posibilidades de revascularización quirúrgica.

Bibliografía

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2015.