



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

423/140 - DOLOR TORÁCICO, ¿TÍPICO?, ¿ATÍPICO?, ¿ANGINOSO?, ¿CÓDIGO INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)?

A. Gómez Díaz¹, C. Ortega Condés², M. López Cano³, A. Cañigueral Gonzalez¹, G. Grau Gómez⁴, M. Carretero Codina², S. Julià Adroher⁵

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria CAP Valldoreix. Sant Cugat del Vallés-Barcelona. ²Médico Adjunta. CAP Valldoreix. Sant Cugat del Vallés-Barcelona. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria CAP Terrassa Sud. Terrassa Barcelona. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Terrassa-Barcelona. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria CAP Valldoreix. Terrassa-Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente hipertensa y fumadora en activo, sin historia cardiovascular conocida, consulta en urgencias de atención primaria por dolor torácico no opresivo de una hora de evolución, que empeora con la palpación y la respiración profunda, irradiado a cuello y brazo derecho, sin vegetatismos. Además, refiere una semana de evolución con períodos de remisión y empeoramiento, sin relación con el ejercicio, y con una consulta anterior en el médico de atención primaria por dolor mandibular inespecífico. Niega en todo momento episodios de clínica similar anteriormente.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración se evidencia estabilidad hemodinámica, empeoramiento del dolor torácico al decúbito y dolor a la palpación a nivel pectoral bilateral, resto de examen sin alteraciones. El electrocardiograma (ECG) muestra elevación menor de ST 1 mm en cara inferior y T negativas en aVL y V2, no presentes en ECG del 2017, con derivaciones derechas sin alteraciones. Se inicia contacto con el servicio de emergencias médicas (SEM), se administra analgesia convencional sin lograr respuesta. A la llegada del SEM se realiza ECG de control con elevación del ST en III y aVF de 1 mm con infradesnivel V3-4 > 1 mm, se administra solinitrina sin evidencia mejoría y se indica doble antiagregación. A su llegada al hospital, es llevada directamente a la unidad de hemodinámica, previa analítica sanguínea, donde se realiza coronariografía que muestra enfermedad de tres vasos, con trombo en arteria circunfleja-1^a marginal y se implanta stent farmacoactivo con buen resultado, además presenta descendente anterior larga, con placa de obstrucción del 70 a 80%, que se corrige en un segundo tiempo. Posteriormente se recibe resultado analítico con troponinas de 303 ng/L. Pasa a UCI bajo el diagnóstico de enfermedad coronaria de tres vasos Killip I. Recuperación posterior favorable.

Juicio clínico: Se trata de una paciente sin historia cardiaca, con dolor torácico desde hace una semana, características típicas y atípicas, sin respuesta a nitratos ni analgesia convencional y con ECG no definitivo. Dada la posibilidad de síndrome coronario que podría poner en peligro la vida de nuestra paciente, decidimos derivación hospitalaria con activación de código IAM, en consenso con equipo médico del sistema de emergencias hospitalarias.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo. Dolor torácico atípico.

Comentario final: Un gran porcentaje de cuadros de dolor torácico presentan características inespecíficas, sobre las cuales los médicos de atención primaria debemos saber profundizar para darles el valor más correcto, que nos ayude a llegar a la sospecha diagnóstica más cercana a la realidad. Debemos recordar que, a pesar que los servicios sanitarios se diferencien por el origen extra-hospitalario y hospitalario, no dejamos de ser un solo equipo, que en cuadros donde la vida de una persona está en riesgo, nos damos soporte mutuo con la finalidad que nuestras decisiones beneficien al paciente en todas sus esferas.

Bibliografía

Bayón Fernández J, Alegría Ezquerra E, Bosch Genover X, Cabadés O'Callaghan A, Iglesias Gárriz I, Jiménez Nácher JJ, et al. Unidades de dolor torácico. Organización y protocolo para el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos. Rev Esp Cardiol. 2002;55(2):43-154.