

327/17 - DEMASIADA DIVERSIÓN DE FIN DE SEMANA.

L. Rodríguez Vélez¹; R. Correa Gutiérrez²; M. Cobo Rossell³; M. Alonso Santiago⁴; P. López-alonso Abaitua⁵; R. Maye Soroa⁶; C. Marinero Noval⁷; O. Casanueva Soler⁶; L. Moreno Suárez⁸; I. García Díaz⁵.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapotón. Torrelavega. Cantabria.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de La Sal. Cabezón de La Sal. Cantabria.; ⁴Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapaton. Torrelavega. Cantabria.; ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Santander. Cantabria.; ⁶Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; ⁷Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo.; ⁸Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 52 años, fumador de 1 paquete al día. Consumo de alcohol moderado y consumo de cocaína, según refiere, de fin de semana. Comienza sobre las 05:00 am, tras consumo de cocaína, con dolor centrotorácico típico asociando cortejo vegetativo. Acude inicialmente a Hospital de Sierrallana donde ante las alteraciones electrocardiográficas se decide traslado a HUMV para angioplastia primaria.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36.4 C°. TA: 120/68 mmHg. FC: 62 lpm. SatO₂: 94 %. PVY normal. AC: Rítmica, sin soplos. AP: mvc. EEII: sin edemas. Pruebas complementarias: ECG al ingreso: RS con QRS 120 ms. T hiperagudas V1-V6. Al alta persiste ritmo sinusal con isquemia subepicárdica residual en derivaciones septales.

Bioquímica: Glucosa 102 mg/dL, Urea 43 mg/dL, Creatinina 0.79 mg/dL, Filtrado glomerular >90 ml/min/1,73m², Calcio 8.5 mg/dL, Magnesio 2.1 mg/dL, Na 138 mEq/L, K 4.2 mEq/L, CK 145 U/L, Troponina pico 12 ng/mL. Hemograma: Leucocitos 10.3/?L, Hemoglobina 14.2 g/dL, Plaquetas 154.000/?L. Coagulación: TP 100 %. Radiografía de tórax: Sin datos de sobrecarga hídrica. Ecocardiograma transtorácico: FEVI global conservada. Sin valvulopatía significativas. No complicaciones mecánicas. VD tamaño y función normal. No derrame pericárdico. Coronariografía: Arterias coronarias sin lesiones significativas. Lesión ligera en descendente anterior distal. Evolución: varón de 52 años con factores de riesgo cardiovascular y consumo habitual de tóxicos en el que se realiza ACTP primaria en el seno de IAMEST anterior sin objetivarse en la coronariografía lesiones significativas. Acceso vascular femoral derecho sin complicaciones. Durante el ingreso evolución favorable y buena tolerancia al tratamiento pautado.

Juicio clínico: IAMEST anterior Killip I.

Diagnóstico diferencial: Incluye otras causas de dolor torácico agudo como TEP, disección aórtica, neumotórax, derrame pericárdico, etc.

Comentario final: La cocaína es una de las drogas ilícitas más consumidas a nivel mundial y su uso puede asociarse con patología cardiovascular tanto aguda como crónica. Actúa inhibiendo la reabsorción de

norepinefrina en la hendidura sináptica en neuronas simpáticas, potenciando la estimulación simpática, estimulando además la liberación catecolaminérgica. La isquemia miocardica asociada a cocaína incluye el espasmo de las arterias coronarias, estado protrombótico y aumento de frecuencia cardíaca y tensión arterial lo que incrementa el consumo de oxígeno a nivel miocardico. No parece existir una relación con dosis y frecuencia. La actuación en los casos de pacientes con dolor torácico tras consumo de cocaína es igual que en el resto de los pacientes e incluye además de anamnesis y exploración, ECG, analítica y pruebas radiográficas. En cuanto al tratamiento en estos casos no se aconseja el uso de beta bloqueante debido a la vasoconstricción arterial coronaria y la HTA. Como en todos los casos de SCA, la reperfusión precoz es el pilar del tratamiento.

Palabras clave: IAMEST, cocaína

Bibliografía

Schwartz BG, Rezkalla S, Kloner RA. Cardiovascular effects of cocaine. *Circulation* 2010; 122:2558.
McCord J, Jneid H, Hollander JE, et al. Management of cocaine-associated chest pain and myocardial infarction: a scientific statement from the American Heart Association Acute Cardiac Care Committee of the Council on Clinical Cardiology. *Circulation* 2008; 117:1897.