



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

327/18 - NUNCA SE ES DEMASIADO JOVEN.

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; C. Gracia Alloza⁵; I. García Díaz⁵.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander.Cantabria.;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.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años, obeso, fumador de 1 paquete-día, HTA y dislipemico. Avisa al 061 por dolor torácico opresivo. A su llegada está consciente, sudoroso, ECG: ascenso de ST V2-V4 y descenso en cara inferior, V5-V6. Se administra 1 puff de solinitrina y 5 mgr de CIM endovenoso con mejoría parcial. De nuevo inicia dolor y se repite puff de solinitrina sin mejoría. Durante el traslado presenta FV que tras 3 choques pasa a ritmo sinusal, para inmediatamente pasar a TV con pulso. Ya en urgencias nuevamente FV sostenida precisando en total 7 choques, 1 adrenalina e IOT (vía aérea difícil con IOT dificultosa y broncoaspiración por vómito). Se traslada directamente a sala de Hemodinámica donde se objetiva enfermedad arterial coronaria trivaso y se realiza ACTP-stent sobre una descendente anterior (DA) proximal ocluida 100 %. Se repite ECG con onda monofásica en cara anterior por lo que se decide volver a hemodinámica ante sospecha de trombosis aguda del stent DA. Se hace ACTP balón e inicio de abciximab. Se inicia antibioterapia con tazocel por broncoaspiración.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 90/63 mmHg FC: 93 lpm SatO₂: 87 %. Mala perfusión periférica. Aumento de PVY. AC: No soplos. AP: hipofonesis y crepitantes. No edemas en EEII. Pruebas complementarias: Bioquímica: Glucosa 95 mg/dL, Urea 47 mg/dL, Creatinina 0.97 mg/dL, Na 136 mEq/L, K 3.7 mEq/L, Troponina pico 174.85 ng/mL. Colesterol total: 203 mg/dL. LDL 114 mg/dL. HDL 31 mg/dL, TSH 1.642 mIU/L. Coagulación: TP 90 %. Hemograma: Hemoglobina 14.4 g/dL, Plaquetas 219000/?L. RMN cardíaca: Ventrículo izquierdo moderadamente dilatado con disfunción sistólica severa. FEVI 30%. Aquinesia anteroseptal apical y ápex. Ausencia de trombos intracavitarios ni derrame pericárdico. Ecocardiograma: Ventrículo izquierdo con extensa zona de aquinesia/aneurisma antero-septo-apical. FEVI 30 %. Hemodinámica: Acceso vía arteria femoral izquierda. Buena evolución del stent de DA proximal. Lesiones severas en circunfleja distal con implantación de dos stents farmacoactivos.

Juicio clínico: Infarto agudo de miocardio anterior extenso Killip IV. Shock cardiogénico.

Diagnóstico diferencial: Otras causas de dolor torácico.

Comentario final: En la unidad de Cardiología Críticos se mantiene estable y completa pauta antibiótica. Una vez en planta permanece sin eventos en telemetría y tolerando la medicación. Dada la disfunción severa del

ventrículo izquierdo se realiza implantación de DAI como prevención primaria de muerte súbita por taquicardias ventriculares. En este caso clínico encontramos un paciente que, a pesar de su edad, ya presentaba factores de riesgo cardiovascular, sufrió un infarto extenso con shock cardiogénico y complicaciones arrítmicas que requirieron RCP. Tras la revascularización se produjo estenosis aguda del stent y finalmente se mantuvo FEVI con disfunción severa requiriendo implantación de DAI como prevención primaria de muerte súbita. Un ejemplo de que nunca se es demasiado joven para que las cosas puedan complicarse.

Palabras clave: SCACEST, Killip IV, Shock cardiogénico, DAI

Bibliografía

Holmes DR Jr, Berger PB, et al. Cardiogenic shock in patients with acute ischemic syndromes with and without ST-segment elevation. Circulation 1999; 100:2067.

Babaev A, Frederick PD, et al. Trends in management and outcomes of patients with acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock. JAMA 2005; 294:448.