



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 264/30 - ¡DOCTORA, ME ASFIXIO!

R. Orta Chincod<sup>a</sup>, D. Peña Luyo<sup>b</sup> y L. Pérez-Montes Lard<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz. <sup>b</sup>Médico de Familia. DCCU Distrito Sanitario Bahía de Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón 58 años con AP: dislipemia, EPOC, asma bronquial, fumador 20 cigarrillos/día, exconsumo abusivo de alcohol, consumidor ocasional hachís y cocaína. Acude a urgencias del Centro de Salud por presentar desde ayer dolor centrotorácico típico que fue tratado por DCCU como una bronquitis aguda mejorando clínicamente con tratamiento nebulizador. Al día siguiente vuelve a consultar por empeoramiento de su disnea asociándose cortejo vegetativo sin dolor torácico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente con regular estado general, COC, NH y NC. Tonos cardiacos puros y rítmicos. AP: sibilancias y roncus dispersos. Abdomen: sin hallazgos. EE.II: sin edemas ni signos de TVP. SaO<sub>2</sub>: 94%, FC: 90 lpm, TA: 138/75 mmHg. ECG: descenso ST en II, III aVF y ascenso 1 mm en aVR y V1 presenta empeoramiento de su estado general con la aparición de dolor centrotorácico opresivo irradiado a ambos hombros junto con cortejo vegetativo, se decide iniciar tratamiento con doble antiagregación (AAS 300 mg/vo y clopidogrel 300 mg/vo). Presentado el dolor precordial un EVA 10 se administró Cloruro mórfico y perfusión de NTG iv a 21 ml/h, en ECG monitorización se aprecia normalización de los parámetros, sin embargo el paciente no queda asintomático por lo que es trasladado al Hospital.

**Juicio clínico:** SCASEST.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome ansioso, reagudización EPOC, crisis asmática, espasmo esofágico difuso.

**Comentario final:** En Hospital se realizó la seriación de enzimas cardíacas: Troponina cardíaca 0,88 ng/ml (ultrasensible) y CPK 1010 U/L. Se realiza cateterismo apreciando afectación significativa del tronco común CI con estenosis (50-70%). ICP con implante stent fármaco activo en tronco común CI con resultado óptimo.

## Bibliografía

1. Gili M, Ramírez G, Béjar L, López J, Franco D, Sala J. Cocaine use disorders and acute myocardial infarction, excess length of hospital stay and overexpenditure. Rev Esp Cardiol (engl ed). 2014;67(7):545-51.
2. Bastos-Amador P, Almendro-Delia M, Muñoz-Calero B, Blanco-Ponce E, Recio-Mayoral A, Reina-Toral A et al. The tobacco paradox in acute coronary syndrome. The prior cessation of smoking as a marker of a better short-term prognosis. Rev Clin Esp. 2016;216(6): 301-7.
3. Alquézar Arbé A, Santaló Bel M, Sionis A. Clinical interpretation of high sensitivity troponin T. Med Clin (Barc). 2015;145(6):258-63.