



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

387/181 - DOLOR TORÁCICO NO CORONARIO

L. Torres Pallarés¹, I. Costela Guijosa², A. de la Cal Núñez³, P. Bahillo Gagigat⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud el Alisal. Santander. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 64 años, con antecedentes de HTA, DM tipo 1, IRC con trasplante renal en 2013, neoplasia vesical. Presenta dolor torácico de 1 mes de evolución opresivo de inicio en hemitórax derecho que se irradia hacia lado izquierdo. El dolor aparece con el esfuerzo físico, acompañado de disnea, mareo y visión borrosa y desaparece con el reposo. Está en tratamiento con múltiples fármacos, entre ellos; adiro 100 mg, carvedilol, atorvastatina 40 mg, amlodipino 10 mg, micofenolato de mofetilo 250 mg, rivotril 0,5 mg, tacrólimus 0,5 mg, insulina inyectables.

Exploración y pruebas complementarias: ECG: rítmico, a 34 lpm, BAV de 2º grado Mobitz II, eje normal, QRS estrecho, elevación concava de ST en II, III, aVF, T picudas en V5-V6. Bioquímica general: glucosa 193 mg/dL, urea 94 mg/dL, creatinina 1,63 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 6,2, cloro 108 mEq/L, filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) 44 ml/min/1,73 m², troponina 0,00 ng/mL. TP (actividad de protrombina) 75%, I.N.R. 1,23. Leucocitos $7,3 \times 10^3/\text{?L}$, hematíes $4,70 \times 10^6/\text{?L}$, hemoglobina 13,3 g/dL, plaquetas $144 \times 10^3/\text{?L}$, resto sin alteraciones. Rx tórax: sin condensaciones ni derrames.

Juicio clínico: Dolor torácico por hiperpotasemia moderada.

Diagnóstico diferencial: Angor torácico. Dolor torácico por alteraciones hidroelectrolíticas. Tromboembolismo pulmonar. Insuficiencia renal aguda. Neoplasia. Intoxicaciones farmacológicas.

Comentario final: Por tanto paciente que se estudia por clínica de meses de evolución de disnea, opresión torácica y mareos de esfuerzo. Al ingreso se detecta insuficiencia renal, hiperpotasemia moderada y BAV de alto grado que persiste tras corregir niveles de K y retirar betabloqueantes. Se implantó marcapasos. Se presenta dicho caso para repasar las causas de hiperpotasemia y dolor torácico consecuente y el manejo de dicha alteración electrolítica. Tratamiento hiperpotasemia leve (3,5-6 mEq/L): resincalcio 10-20 mg cada 8 o 12 horas y pueden estar indicados enemas de limpieza. Tratamiento hiperpotasemia grave (> 7 mEq/L): gluconato cálcio al 10% iv a pasar en 2 min y puede estar indicada la diálisis. En este caso al ser hiperpotasemia moderada se trató con 500 ml suero glucosado, 16 unidades de insulina rápida y salbutamol intravenoso.

Bibliografía

Causes and evaluation of hyperkalemia in adults. Uptodate.

Calderón de la Barca Gásquez JM, et al. Alteraciones del equilibrio ácido-básico. Medicina de Urgencias y Emergencias, 4^a ed. Barcelona, Elsevier, 2012; p. 516-20.