



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

387/45 - NO TODO INFARTO ES ATEROSCLEROSIS. EMBOLISMO CORONARIO COMO CAUSA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

I. Cabrera Rubio¹, B. Carballo Rodríguez¹, J. Sánchez Ceña¹, M. Martín Nicolau², M. Cea Gómez³, S. Quintanilla Cavia⁴

¹Médico Residente de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Ignacio. Bilbao. Vizcaya. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años, hipertenso sin otros antecedentes de interés, que acude a su médico de Atención Primaria por cuadro de palpitaciones, seguido de dolor centrotorácico opresivo irradiado a mandíbula, de 3 horas de evolución, asociado a cortejo vegetativo. Tras objetivarse en el electrocardiograma un infarto agudo de miocardio con elevación del ST anterior, se administraron 300 mg de Adiro y 60 mg de prasugrel. Se comenta el caso con Cardiología y se deriva al hospital para realización de coronariografía urgente.

Exploración y pruebas complementarias: TA 100/60, FC 130 lpm, SatO2 95% con gafas nasales a 2L. T^a 36,9 °C. Exploración física: a su llegada pálido y sudoroso, nauseoso. No aumento de PVY. AC: arrítmica, sin soplos. AP: crepitantes bilaterales en ambas bases pulmonares. Abdomen anodino. MMII sin edemas. Analítica: leucocitosis $13,7 \times 10^3$ /?L. Hb 15 g/dL. Coagulación normal. Troponina I de 3,7 ng/mL. ECG: Fibrilación auricular (no conocida) a 125 lpm. QRS 1mm en cara anterior y lateral baja, con T picudas. Ecocardiografía transtorácica: ventrículo izquierdo no dilatado con FEVI conservada. Hipoquinesia de septo medio-apical y todo el casquete apical. VD de tamaño y función normal. No valvulopatías significativas. No derrame pericárdico. No imagen de trombo. Coronariografía urgente vía femoral derecha: TCI sin lesiones. Circunfleja y coronaria derecha angiográficamente normales. Descendente anterior con oclusión de aspecto trombótico a nivel distal. Se intenta desobstrucción de DA con diferentes guías y balón, quedando el vaso abierto, pero con flujo filiforme.

Juicio clínico: Infarto agudo de miocardio de etiología embólica killip II.

Diagnóstico diferencial: IAM de origen aterosclerótico; ángor hemodinámico; miopericarditis; disección de aorta tipo A.

Comentario final: El infarto agudo de miocardio por embolismo coronario es una causa poco frecuente de infarto, siendo la fibrilación auricular la causa más frecuentemente asociada, en pacientes no anticoagulados o con anticoagulación inadecuada. El árbol coronario izquierdo es el más frecuentemente afectado. Para el diagnóstico, se requiere documentación de trombo en la coronariografía, en ausencia de lesiones ateroscleróticas. Es importante, de cara al manejo posterior, una adecuada anticoagulación para la prevención de las recurrencias. Además, no hay que olvidar, por parte del cardiólogo o por su médico de atención primaria, realizar estudio de hipercoagulabilidad en estos pacientes, así como descartar una posible fuente

embolígena.

Bibliografía

Shibata T, Kawaakami S, Noguchii T. Prevalence, Clinical Features, and Prognosis of Acute Myocardial Infarction Attributable to Coronary Artery Embolism. *Circulation*. 2015;132(4):241-50.

Vendittelli PS, Bostros B, Rosman HS. Coronary Artery Embolism: Two Case Reports and a Review of the Literature. *Am J Med* 2018;Pii: S0002-9629 (18)30416-6.