Semergen. 2015;41 (Espec Congr):225

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/857 - I.A.M. en mujer sin F.R.C.V. (Disección Coronaria Espontánea: Una forma rara de presentación de S.C.A.)

D. Vázquez Mallada[a], G. Fernández Núñez[b], M.C. Álvarez Ramos[c], J.A. Velasco Fernández[a], D. Pérez Vales[d], M. Rodríguez Gómez[e], O. Mahmoud Atoui[a], Á. Díaz Rodríguez[f] y F.V. Martínez García[g]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. Área de Salud El Bierzo. León. [b]Médico de Familia. Centro de Salud de Villablino. Área de Salud El Bierzo. León. [c]Enfermera. Centro de Salud de Bembibre. Área de Salud El Bierzo. León. [d]Médico de Familia. SUAP. Centro de Salud de Villablino. Área de Salud El Bierzo. León. [e]Enfermera. Centro de Salud de Villablino. Área de Salud El Bierzo. León. [f]Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Lípidos de SEMERGEN. [g]Médico de Familia. Centro de Salud Astorga II. Área de Salud de León. León.

Resumen

Objetivos: Motivo de consulta: mujer de 51 años de edad que acude a urgencias del Centro de Salud por dolor precordial opresivo, que se irradia a cuello y hombro izquierdo, de 2 horas de evolución, sin cortejo vegetativo. Había tomado paracetamol 1 gramo y Orfidal 1 mg, pensando en posible dolor musculo-esquelético y ansiedad. Antecedente personales: No alergias medicamentosas conocidas. Sarcoma de partes blandas a los 19 años (muslo derecho) tratado con cirugía, Rt., Qm. A los 2 años metástasis pulmonares tratada con segmentotomía. Actualmente curada. Migrañas ocasionales a tratamiento con Maxalt; I.Q. de varices en M.I.D.; no DM 2, no HTA, no dislipemia, no fumadora, no obesa, hace ejercicio moderado con regularidad, no antecedentes familiares de ECV precoz. Exploración y pruebas complementarias: T.A.: 117/66, Tª: 36º. Sat. de O2: 98%. F.C.: 57 lpm. A.C: RsCsRs, sin soplos. Pulsos radiales simétricos. A.P.:M.V.C. sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no masas, ni megalias. No signos de TVP. ni edemas. E.C.G: ritmo sinusal a 50 lpm. Infradesnivelación de ST en D2-D3, avF, V4-V5-V6. I.DCA.: posible S.C.A. Plan de actuación: se administra cafinitrina sl.; vía venosa; O2 en gafas y se deriva al Hospital del Bierzo en UVI móvil, donde se continúa con pruebas complementarias y tratamiento. Rx de tórax: no cardiomegalia, no infiltrados pulmonares, no signos de I.C. Pequeña atelectasia en base pulmonar izquierda en probable relación con

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

segmentotomía antigua. Analítica de sangre: hemograma normal. Glucosa, urea, creatinina, iones: normales. Col.T: 167. TG: 70, Col. HDL:80 ; Col LDL: 73. Elevación de troponinas seriadas hasta 6.89 y de CPK hasta 725. Diagnóstico principal: SCASEST ínfero-lateral. Evolución clínica: ingresa en UCI del Hospital del Bierzo a tratamiento con reposo absoluto, cloruro mórfico, nitroglicerina IV y anticoagulación, bisoprolol 2,5, atorvastatina 40. Ecocardiograma: dentro de los límites normales. Cateterismo cardiaco (Complejo Hospitalario de León): No se observan placas de ateroma en ningún nivel coronario. Imagen compatible con disección coronaria en arteria circunfleja. Ergometría (a los 3 meses): Clínica y ECG positiva: desde el minuto 1, opresión en hemitórax izquierdo y descenso de ST entre 0,8 y 1,6 mm en máximo esfuerzo. Al minuto de reposo recupera la normalidad. Tratamiento a domicilio: Inicialmente Adiro 100 y Plavix 75 durante un mes que se suspende por no evidencia de enfermedad arteriosclerótica. Bisoprolol 2,5 que se suspende por mareo e hipotensión, Nitroderm TTS 5mg. que se suspende al mes por cefalea. Actualmente a tratamiento con ranolazina 500 (Ranexa) 1-0-1.

Conclusiones: La disección coronaria espontánea (DCE) es una causa infrecuente de SCA. Afecta predominantemente a mujeres jóvenes y edad media sin apenas FRCV. Consiste en la separación de dos de las tres capas de la pared arterial para crear una falsa luz, cuya progresión puede deteriorar el flujo coronario distal y producir isquemia, con formas de presentación que varían desde la elevación de marcadores cardiacos y del ST sin dolor, hasta la muerte súbita. Se relaciona con embarazo y postparto, enfermedad arteriosclerótica (rotura de placa ateromatosa), toma de anticonceptivos, vasculitis, síndromes que cursan con anomalías de la pared vascular (sd. de Marfán), tratamientos con citostáticos, ejercicio físico extenuante. Diagnóstico diferencial: 1) Dolores cardiacos: a) Isquémicos: S.C.A. arteriosclerótico, espasmos coronarios (Prinzmetal). b) No isquémicos: pericarditis, endocarditis, sd. de Tako-Tsubo. 2) No cardiacos: aórticos (aneurisma); pulmonares (neumonías, TEP, neos..). Pleurales (neumotórax, pleuritis...). Dolores mediastínicos, esofágicos. 3) Otros: dolores musculo-esqueléticos, psicógenos, mamarios, infradiafragmáticos. Las pautas de tratamiento dependen de la localización de la disección, su extensión, la severidad de la isquemia y la estabilidad del paciente. Por lo tanto, ante un dolor torácico precordial, en ausencia de FRCV., no debemos excluir la posibilidad de S.C.A.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.