



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1760 - Dolor TORÁCICO un SÍNTOMA frecuente

A.M. Ciocea<sup>a</sup>, V. Ciocea<sup>b</sup>, C.M. Rodríguez Blanco<sup>c</sup>, A. Tejadas Evans<sup>d</sup>, A. Arconada Pérez<sup>a</sup> y M. Frías Hervas<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ávila Sur-Oeste. Ávila. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Arévalo. Ávila. <sup>c</sup>Médico de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. <sup>d</sup>Médico Especialista en Cardiología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Sur-Oeste. Ávila.

### Resumen

**Descripción del caso:** Presentamos el caso clínico de un varón de 50 años, fumador de 20 cigarrillos diarios y sin antecedentes de interés que presenta tras estar en la montaña con humedad y frió, en reposo dolor torácico de carácter opresivo acompañado de sudoración, sin fiebre ni tos que cede de manera espontánea. A las 24 horas inicia nuevo episodio de dolor torácico, relacionado con la tos y el decúbito prono, sensación de dificultad para respirar, acompañado de cierta sudoración, tos con discreta expectoración amarilla.

**Exploración y pruebas complementarias:** Presión arterial de 127/77. Temperatura 37,4 °C. Frecuencia cardiaca 109 latidos por minuto. Saturación O<sub>2</sub> 90%. Glucosa 269 mg/dl. Consciente, orientado. Hidratado y perfundido. Normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneico. Colabora. No ingurgitación yugular. Carótidas isopulsátiles. No adenomegalias. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos. No soplos. No roce ni extratonos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado en ambos campos. Algún roncus inspiratorio aislado en campo inferior izquierdo. Dolor torácico a la palpación y con la respiración. Abdomen: blando. No doloroso a la palpación. No masas ni visceromegalias. Puñopercusión bilateral negativa. Extremidades: no edemas. No signos de TVP. Pulsos pedíos +. Electrocardiograma con ritmo sinusal, eje a 30°, 100 lpm, sin alteraciones agudas en la repolarización. Ante la persistencia del dolor se deriva a urgencias hospitalarias donde la exploración es similar con la realizada por su médico de Atención Primaria. En analítica destaca la elevación de enzimas cardíacas: CK 896, troponina I 13,44, mioglobina 80,4, en la gasometría presenta hipoxemia y una proteína C reactiva de 7,9. El paciente ingresa en planta de Cardiología con el diagnóstico de posible miopericarditis. Presenta una elevación importante de marcadores de daño miocárdico. No alteraciones electrocardiográficas sugestivas de isquemia miocárdica. Estudio ecocardiográfico normal. Seis horas después presenta un cuadro sincopal recuperado parcialmente y posterior parada cardiorespiratoria con maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar, sin éxito. Anatomía patológica: Rotura cardiaca en ventrículo izquierdo (2,1 cm) con infarto agudo de miocardio en pared anterior. Obstrucción de la descendente anterior (95%), derrame pericárdico hemorrágico (300 cc).

**Juicio clínico:** Rotura cardiaca en ventrículo izquierdo con infarto agudo de miocardio.

**Diagnóstico diferencial:** Miopericarditis, cardiopatía isquémica, aneurisma de aorta.

**Comentario final:** La rotura cardíaca es una complicación rara del infarto agudo de miocardio con una incidencia de alrededor del 6,2%. La rotura subaguda de la pared libre del ventrículo izquierdo se manifiesta con signos de taponamiento cardíaco o shock cardiogénico que responden transitoriamente a las medidas de sostén hemodinámico. Aunque la terapia trombolítica y la angioplastia primaria han cambiado el manejo, la

evolución y el pronóstico del infarto agudo de miocardio, la rotura de la pared libre del ventrículo izquierdo implica todavía una tasa elevada de mortalidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ripoll Vera T, Fernández Palomeque C, Forteza JF, et al. Supervivencia a rotura cardíaca recurrente de pared libre ventricular izquierda, con presentación atípica tras ergometría postinfarto. Rev Esp Cardiol. 2002;55:74-6.
2. Solís C, Pujol D, Mauro V. Rotura de la pared libre del ventrículo izquierdo secundaria a infarto agudo de miocardio. Rev Argentina Cardiol. 2009;77:395-404.