Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1226

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 160/2182 - 'Me duele el pecho, pero no como las otras veces'

*C.M. Cano Bernal[a], L. Blázquez González[a], J.I. Giménez[b], M. Almansa Rosell[c], M.C. Quesada Martínez[c], D. Fernández Camacho[c], R. Dus[d], C. Hernández Martínez[d], Y. Reverte Pagán[a] y F. Campillo Palma[e]*

*[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Vistabella. Murcia. [e]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia.*

## Resumen

Descripción del caso: Varón de 33 años, hipertenso, en tratamiento con nifedipino 30, quinaprilo 40, ambos una vez al día, xipamida 20 medio comprimido diario y con trastorno de ansiedad desde 2013, por lo que está finalizando tratamiento con sertralina 50 en días alternos. Muerte de padre por IAM a los 55 años en 2013. No fumador ni consumidor de tóxicos. Consulta en Urgencias por episodios de dolor opresivo centrotorácico irradiado a ambos hombros, intermitente, de veinte minutos de duración, acompañado de náuseas sin sudoración, ligera disnea y sensación de debilidad de miembros superiores. Calma con lorazepam, pero reaparece más tarde. No tos ni catarro previo. En 2013 fue estudiado por Cardiología, sin prueba de esfuerzo, pues se relacionó con mal control de la tensión arterial y síndrome de duelo. Se solicita ECG, radiografía de tórax y enzimas cardiacas. Tras los resultados, con elevación de enzimas, se realiza interconsulta a UCI. Allí, se le realiza además un ecocardiograma, se añaden valores de posible implicación cardiovascular en su analítica y se observa su evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física y pruebas complementarias: auscultación normal. Constantes normales. TA: 142/88. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, eje normal, QRS estrecho, PR normal, sin alteraciones de la repolarización. Al ingreso en UCI: Qr en III, sin alteraciones de la repolarización. Tras 48 horas: ondas QS en III con T negativas en cara inferior. Radiografía de tórax:

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

normal. Analítica: glucemia 179, CPK 139, troponina I 0,15. A las seis horas del inicio del dolor: CPK 436, troponina 4,11. A las doce horas: CPK 898, troponina 17,73. Colesterol total: 210, LDL: 109, HDL 31, TG 349. Gasometría: normal. Ecocardiograma: normal, sin defectos de la contractilidad global o segmentaria.

Juicio clínico: IAMSEST inferior.

Diagnóstico diferencial: Ansiedad, dolor osteomuscular, angina estable, angina variante, IAMCEST.

Comentario final: En este caso, destaca la importancia de descartar cardiopatía, aun tratándose de un joven con antecedentes de ansiedad en descenso de tratamiento ansiolítico. Hay que considerar el diagnóstico diferencial, pues el pronóstico de SCASEST es muy variable: el 2-5% fallece durante el primer mes, hasta un 15% durante el primer año. La incidencia de reinfarto es mayor que en pacientes con elevación de ST, por lo que la incidencia de mortalidad o infarto al año es similar. Por eso, la evaluación del riesgo debe realizarse desde el ingreso. Este varón presenta riesgo elevado por la elevación de troponinas, debiendo ingresar con máxima prioridad. El tratamiento farmacológico combina antiagregación, anticoagulación, y tratamiento antiisquémico. En pacientes de alto riesgo, se recomienda coronariografía, seguida de revascularización coronaria percutánea o quirúrgica. La evolución favorable de este paciente permite su paso a planta para continuar tratamiento sin realizar un cateterismo. En cualquier caso, por la elevada incidencia de IAM y muerte súbita, se debe actuar con rapidez para evitar dichas consecuencias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bosch Genover X. Cardiopatía isquémica. En: Rozman C, Cardellach F, et al. editores. Farreras-Rozman, Medicina interna. 17ª edición. Barcelona: Elsevier España; 2012. p. 471-92.

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