



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2518 - IAM no Q Killip IV secundario a enfermedad coronaria GRAVE de TC y CD

C. Castillo Ramos^a, F.M. Aceituno Villalba^b, S. Falla Jurado^c, C. Bolarín Angosto^d, A. Sánchez Martínez^e, A. Balsalobre Matencio^d, I.M. Escudero Muñoz^e, D.Á. Rodríguez Palacios^c, A.C. Menéndez López^b y M. Lloret Arabí^f

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrasa Sud. Barcelona. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torrepacheco. Murcia. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^fMédico Residente de 1º año. Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 62 años exfumador, hipertenso y neoplasia de seno piriforme escamoso intervenida quirúrgicamente y en tratamiento con RT y QT. Portador de traqueotomía. El 7/05/15, el paciente encontrándose previamente bien acude a Urgencias por presentar inestabilidad cefálica asociado a dolor centrotorácico opresivo no irradiado tras sesión de RT. El ECG se informa con ondas T negativas en cara lateroinferior e infradesnivel del ST a DIII y AVF, de forma que se da de alta orientado como prelipotimia. El 8/05/15 dada la persistencia de la clínica habiéndose añadido disnea progresiva y ortopnea, el paciente acude nuevamente a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: TA 105/75, FC 180x, T^a 36,3 °C, SO2 (21%) 90%, FR 24x, glicemia 178 mg/dl y semiología de EAP. El ECG muestra FA a 180 lpm con BRIHH, ligero descenso del ST inferolateral y q con mínima supradesnivelación en AVL. Sin tratamiento antiarrítmico revierte a RS con persistencia del infradesnivel del ST en DIII-AVF y aparición de ondas T negativas en V5-V6 y DI. 1^a Determinación de troponinas 2.550 ng/l.

Juicio clínico: Se orienta como SCASEST Killip III y se traslada a U. Hemodinamia donde se realiza coronariografía que muestra enfermedad coronaria severa de Tronco común (TC ocluido 100%) y CD media con dos lesiones severas que dan circulación colateral. Se procede a ICP con colocación de stent farmacoactivo en TC. El paciente ingresa en la UCI donde no evoluciona favorablemente presentando cuadro de shock cardiogénico. En la ecocardioscopia se objetiva derrame pericárdico, y se traslada al H. Clínic. Allí se realiza ecocardiograma que muestra disfunción ventricular severa por acinesia extensa anteroseptoapical con derrame en cara anterior sin signos de taponamiento cardiaco. En la coronariografía se objetiva estenosis severa en CD y se realiza ICP con implante de stent fármaco activo. El ECG de control muestra RS con falta de progresión de ondas R en precordiales y mínimo supradesnivel del ST en cara anterior. En la planta de Cardiología, se realiza ecocardiograma de control donde se objetiva derrame pericárdico ligero-moderado sin signos de compromiso hemodinámico y función sistólica severamente deprimida (FE 36%). Dada la buena evolución del paciente se decide alta hospitalaria con doble antiagregación, estatinas, betabloqueantes, IECA y furosemida.

Diagnóstico diferencial: Dissección aórtica. Pericarditis aguda. Estenosis aórtica. Prolapso mitral. HTP. Espasmo esofágico. RGE. Úlcera péptica. Enfermedad biliar. Pancreatitis. Osteomuscular. Psicólogo.

Comentario final: El primer objetivo en el SCASEST es estabilizar la lesión responsable del cuadro y al paciente con tratamiento farmacológico: aspirina, clopidogrel, anticoagulación, estatinas y antianginosos. El pronóstico dependerá de la función ventricular sistólica, extensión, gravedad de la isquemia y presencia de arritmias ventriculares. Ante datos de mal pronóstico es prioritaria la realización de coronariografía para delimitar la anatomía coronaria y proceder a la revascularización (ACTP). Es importante la modificación de hábitos de vida y control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes que han sufrido un IAM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual Urgencias 2^a edición.
2. Tragar DP, Kaul S, Boden WE, et al. Revascularization for unprotected-left main stem coronary artery stenosis stenting or surgery. *Cardiol*. 2008;51:885.