



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2457 - Cardiopatía isquémica como reflujo

A.D. Branchina Núñez^a, L. Monteagudo González^b, L.M. González Torres^c, J. Ballesta Lozano^d, M. Solana Palazón^d, P. Abellán García^e, A. Martínez Morató^a, R.M. Parras Calahorro^a, N. Rodríguez García^a y M.M. Antonio González^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Sur. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Infante. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de Santomera. Murcia. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: MC: Varón de 78 años con dolor abdominal. AP: HTA bien controlada, no DM, no DLP; sin cardiopatía ni broncopatía conocidas; padre y abuelo paterno con cardiopatía isquémica; en tratamiento con enalapril 5 mg (1-0-0), resto sin interés. EA: presenta desde hace un mes, dolor epigástrico, ardiente, irradiado a tórax, que empeora en decúbito y con las ingestas copiosas, que aparece por las noches en episodios de 20 minutos y desaparece sólo. El día de su atención llama a SUAP por un episodio más intenso de lo habitual, de más de una hora de evolución, irradiado a brazo izquierdo y con náuseas y sudoración. El SUAP objetiva ondas T negativas y descenso del ST menor a 1 mm en II, III y aVF, con mejoría de la clínica y en EKG con nitroglicerina, ranitidina y omeprazol. Sospechando un proceso isquémico, se deriva a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente asintomático con exploración normal, incluido neurológico. Se repite EKG, confirmándose las alteraciones descritas por SUAP. En analítica, troponinas de 0,08 (normal 0,07).

Juicio clínico: Probable IAMEST.

Diagnóstico diferencial: ERGE. Angina inestable.

Comentario final: La presentación típica de la cardiopatía isquémica incluye dolor centrotorácico opresivo, a veces irradiado al brazo izquierdo con ocasional cortejo vegetativo. Existen presentaciones atípicas con disnea, palpitaciones, confusión, fallo renal, diaforesis, náuseas o dolor abdominal. El paciente presentaba dolor epigástrico, zona asociada a infartos inferiores, con síntomas típicos como la irradiación a brazo izquierdo y el cortejo vegetativo. En Urgencias, el paciente estaba asintomático, refería clínica de ERGE y había recibido tratamiento para ambas entidades, teniendo un diagnóstico dudoso. Se seriaron las troponinas y se interconsultó con UCI, quien recomendó observación y nueva interconsulta ante empeoramiento o cambios en EKG. El paciente permaneció asintomático durante toda su estancia, pero las troponinas a las 6 horas fueron de 4,18. La UCI entonces hizo un traslado a unidad coronaria, realizándose angiografía y diagnosticando una estenosis de la arteria coronaria derecha de más del 80% e implantándose un stent.

Bibliografía

1. Overview of the acute management of unstable angina and non-ST elevation myocardial infarction. Uptodate, 2015.
2. Marx J, Hockberger R, Walls R. Rosen's Emergency Medicine, 8^a ed, 2015.

Palabras clave: IAM. Cardiopatía isquémica. ERGE.