



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1225 - ¡Ya que vienes: 2 por 1!

D. Fernández Torre^a, P. López Tens^b, A. Blanco García^c, J. Villar Ramos^d, M. Montes Pérez^e, S. Díez Morales^f, M.E. Guerra Hernández^c, S. Armesto Alonso^g, Á. González Díaz-Faes^h y L. de la Fuente Blanco^h

^aMédico Residente. Centro de Salud Centro. Santander. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Camargo. ^fMédico Residente. Centro de Salud Covaresa-Parque Alameda. Valladolid. ^gMédico Adjunto; ^hMédico Residente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 83 años con antecedentes de HTA, exfumador, DM2, ACVA, enfermedad de Parkinson e IAMSEST lateral con FEVI deprimido y parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria que acude a urgencias por cuadro de 3 días de evolución de dolor subescapular izquierdo opresivo no irradiado y de intensidad progresiva. No se acompaña de cortejo vegetativo, síntomas congestivos ni otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril y hemodinámicamente estable. Lesión sobreelevada y ulcerada de amplia extensión en cuero cabelludo (refiere largo tiempo de evolución). No ingurgitación yugular. ACP y abdomen: normal. EEII: no edemas ni signos de TVP. No focalidad neurológica. Analítica: leucocitos 9,8/mm³, Hb 14,4 g/dl, plaquetas 219.000/mm³. Glucosa 223 mg/dl, urea 38 mg/dl, creatinina 0,76 mg/dl, Na 140 mEq/L, K 4,2 mEq/L, troponina (pico máx): 7,55 ng/ml. AP 86%. ECG: RS a 75 lpm. BRIHH sin alteraciones aparentes de la repolarización. Rx tórax: redistribución vascular. Biopsia de cuero cabelludo: carcinoma epidermoide infiltrante.

Juicio clínico: Cardiopatía isquémica crónica: IAMSEST de cara lateral con FEVI del 35% (con asincronía) en 2015. Re IAM de localización incierta por BRI. Carcinoma epidermoide infiltrante en región interparietal. En este caso el hallazgo fue casual al explorar al paciente, ya que no había consultado a su médico por ello.

Diagnóstico diferencial: SCACEST, angina inestable, dolor torácico no coronario (dolor costocondral/muscular, RGE, TEP, neumotórax espontáneo, disección aórtica, pericarditis, pleuritis, etc.). Además, carcinoma basocelular y procesos inflamatorios o infecciosos.

Comentario final: El dolor torácico es una de las causas más frecuentes de consulta en urgencias. El diagnóstico definitivo de enfermedad coronaria se realiza mediante coronariografía; sin embargo, por su naturaleza invasiva se desestimó en este paciente (calidad de vida y comorbilidades) optándose por un manejo conservador con buena evolución. Por otro lado, recibió tratamiento radioterápico en su lesión craneal sin incidencias.

Bibliografía

1. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE Jr, et al. 2012 ACCF/AHA focused update incorporated into the ACCF/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61:e179-347.

Palabras clave: *Dolor torácico. Tumor.*