



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1761 - LA IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA

N. González Lozano<sup>a</sup>, L. Bravo Merino<sup>b</sup>, A. Fañanás Mastral<sup>c</sup>, M. Fernández Fuente<sup>b</sup>, E. González Garramiola<sup>d</sup> y P. Agüera Fernández<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Urgencias Hospital San Agustín. Avilés. Asturias. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud del Área Sanitaria de Gijón. Asturias. <sup>c</sup>Médico de Familia. Área Sanitaria VI. Asturias. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud del Área Sanitaria de Arriondas. Asturias. <sup>e</sup>Médico de Familia. Área Sanitaria VI. Asturias.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 51 años, electricista, sin factores de riesgo cardiovascular ni otros antecedentes de interés. Acude a Urgencias del Centro de Salud en la tarde por haber presentado en la mañana cuadro presincopal en domicilio tras realizar ejercicio físico. Realiza ejercicio físico moderado-intenso con asiduidad. Dicho episodio se acompañó de sudoración profusa. Refiere desde entonces molestias en hombro izquierdo. No dolor torácico, no irradiación del dolor a ninguna otra zona.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración física destacar: Discreta palidez cutánea con algo de sudoración de piel y cifras de tensión arterial elevadas (170/100). Resto anodino. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 90 latidos por minuto, sin alteraciones de la repolarización. Ante el episodio descrito y persistencia de omalgia izquierda y sudoración se deriva a Urgencias hospitalarias. Analítica: a destacar troponina I pico de 23, y colesterol 224 (HDL 55). Resto normal. Ingresa en Unidad Coronaria con diagnóstico de SCASEST (IAM no Q). 24 horas tras episodio: Ecocardiograma: FEVI conservada, con alteraciones de la contractilidad regional. Resto normal. Cateterismo cardiaco: Enfermedad coronaria grave y difusa de tres vasos. Se realiza ICP mediante ACTP balón, seguida de implante de stent farmacoactivo en primera rama marginal, resto no vascularizable. Buena evolución durante el ingreso. Es alta 72 horas tras ingreso con tratamiento post-IAM.

**Juicio clínico:** SCASEST tipo IAM no Q. Killip I. Enfermedad coronaria grave difusa de 3 vasos.

**Diagnóstico diferencial:** Ante el cuadro descrito es necesario descartar síndrome coronario agudo. Otra posibilidad sería un cuadro pre-sincopal vaso-vagal, y una omalgia de origen osteomuscular.

**Comentario final:** Se trata de un paciente sin FRCV ni presentación del cuadro de forma típica, en el que gracias a la clínica ("regular aspecto general" y episodio descrito) y la persistencia de molestias (omalgia izquierda), a pesar de ECG sin alteraciones se sospecha síndrome coronario agudo y se realiza correcta derivación a centro hospitalario con la consecuente buena resolución.

## Bibliografía

1. Braunwald E, ed. Tratado de Cardiología. Medicina Cardiovascular. McGraw-Hill-Interamericana de España.

**Palabras clave:** Omalgia coronario.