



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/605 - ¿PARECE UN INFARTO?

C. Aubert<sup>a</sup>, N. Arroyo Pardo<sup>b</sup>, G. Molina Barriga<sup>b</sup>, A. Herencias Nevado<sup>c</sup>, A. Magdalena Delgado<sup>d</sup> y A. Sánchez Calso<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital El Escorial. Madrid. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Galapagar. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Una mujer de 56 años, con antecedentes de esclerodermia con afectación cutánea, pulmonar y esofágica en tratamiento con prednisona y ácido micofenólico, y síndrome de Raynaud en tratamiento con nifedipino, acude a su Centro de Salud por tres episodios de dolor torácico opresivo que se iniciaron mientras estaba caminando y mejoraron en reposo. Además presenta tos y expectoración. El electrocardiograma muestra una elevación del ST en precordiales y se deriva a urgencias. A su llegada, la paciente está asintomática,

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar normal. ECG: ritmo sinusal con una elevación milimétrica en V1-V3 y T aplanadas en todas las derivaciones, QTc normal. Analítica: leucocitosis leve y neutrofilia. Troponina ultrasensible: 11,2 pg/ml y a las 3 horas 16 pg/ml, no cumpliendo criterios de necrosis miocárdica. Radiografía de tórax sin hallazgos. La paciente permanece clínica y hemodinámicamente estable, sin recurrencia del dolor. Se decide alta y control por cardiología en 24h.

**Juicio clínico:** Dolor torácico autolimitado sin movilización de enzimas cardíacas. A descartar afectación cardíaca por esclerodermia. Infección respiratoria de vías bajas.

**Diagnóstico diferencial:** Angina de esfuerzo, dolor torácico atípico en contexto de infección respiratoria, afectación cardíaca por esclerodermia.

**Comentario final:** La paciente acudió a su médico con síntomas sugestivos de angina estable. El electrocardiograma mostraba alteraciones inespecíficas sin correlación con el dolor ni movilización de enzimas cardíacas. En el diagnóstico diferencial destaca una posible afectación cardíaca de la esclerodermia sistémica, que se puede expresar como imágenes de pseudoinfartos septales, prolongación del QT y/o asistolia ventricular. La afectación cardíaca de la esclerodermia se asocia a un peor pronóstico de la enfermedad.

## Bibliografía

1. Follansbee WP, Curtiss EI, Rahko Ps, Medsger TA, Lavine SJ, Owens GR, et al. The electrocardiogram in systemic sclerosis (scleroderma): Study of 102 consecutive cases with functional correlations and review of the literature. Am J Med. 1985;79(2):183-92.

2. Nordin A, Björnådal L, Larsson A, Svenungsson E, Jensen-Urstad K. Electrocardiography in 110 patients with systemic sclerosis: a cross-sectional comparison with population-based controls. *Scand J Rheumatol*. 2014;43(3):221-5.
3. Cordo-Mollar JC, Cosín-Aguilar J, Magriñá-Ballara J, Melgares-Moreno R. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la angina estable. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:967-96.

**Palabras clave:** Dolor en el pecho. Esclerodermia sistémica. Electrocardiografía.