



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3139 - ¿ANSIEDAD O DOLOR TORÁCICO?

J. Rodríguez Vallejo, A. Lidón Mazón y J. González Sánchez

Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 43 años de edad que acude a su centro de salud por presentar nerviosismo y discomfort centrotorácico, con irradiación hacia miembros superiores. No disnea, sudoración profusa ni sensación nauseosa. Refiere que el dolor aparece mientras estaba caminando a paso normal por un terreno llano sin ceder con el reposo. No cambia con los movimientos ni posiciones. Tras administrarle en CS alprazolam sublingual con cierta mejoría clínica, acude derivada a nuestro Servicio. Niega clínica de dolor torácico previo o cuadro similar. No disnea. No palpitaciones. No síncope. Niega clínica infecciosa en días previos. AF: hermano intervenido de transposición de grandes vasos. Hace un mes desfibrilación por flutter auricular. AP: no RAMc. Exfumadora de 3-4 cig/día. No otros tóxicos. No HTA, DM ni DLP. IQx: 2 cesáreas. Fx tibial. No tratamiento actual.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. COC. Glasgow 15. Respiración espontánea con buena dinámica. SatO₂ 100%. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Hemodinámicamente estable. Buena perfusión periférica. TA 126/81 mmHg. AC: tonos rítmicos sin soplos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. RHA conservados. MMII: no edemas ni fóveas. Sin signos de TVP. A su llegada a nuestro servicio ECG:RS a 65 lpm sin alteraciones de la repolarización. Analítica: Hb 13,5 g/dL. Leucocitos 8.890 (81% neutrófilos). Plaquetas 207.000. INR 0,99. Actv. Protrombina 102%. TPTA 25,1 s. Fibrinógeno 306. Glucemia 112. Urea 18. Creatinina 0,6. Sodio 141. Potasio 3,72. Cloro 105. PCR 0,8 mg/L. Rx tórax: sin imágenes de condensación ni derrame pleural. Durante su estancia en observación la paciente permanece asintomática (refiere que el dolor ha cedido tras 4 horas de dolor continuado). Se realiza ECG sin objetivarse cambios con respecto a previos y se vuelve a realizar control de enzimas cardíacas donde se objetiva discreto ascenso. Se administra doble antiagregación (AAS 300 mg + Ticagrelor 180 mg) y se solicita valoración por Cardiología. EcoTT: VI no dilatado, no hipertrofia, sin alteraciones segmentarias, con función sistólica conservada. VD con función conservada. Insuficiencia mitral mínima. No otras valvulopatías. No derrame pericárdico. Seriación enzimática: 1ªs enzimas CK106 troponina 28 ng/L; 2ªs enzimas CK163 troponina 188 ng/L; 3ªs enzimas CK333 troponina 507 ng/L. Se realiza ECG de control donde se objetivan cambios en onda T, negativizándose en precordiales. Enzimas pico CK400 troponina 768. Se comenta el caso con hemodinamista, ante la sospecha de enfermedad coronaria, y se decide cateterismo urgente, donde se observa árbol coronario con enfermedad grave de un vaso (oclusión coronaria de ADA distal por disección coronaria espontánea). Revascularización percutánea con angioplastia simple. Evolución: favorable. Alta. Se remite a Rehabilitación Cardíaca.

Juicio clínico: IAMSEST. Enf. coronaria grave de 1 vaso, con disección espontánea da distal revascularizada con angioplastia simple con balón.

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad. Nerviosismo.

Comentario final: En un principio al ser una paciente tan joven fue tratada como crisis de ansiedad. Según varios estudios 2 de cada 3 pacientes que consultan por dolor torácico no tienen enfermedades del corazón.

Palabras clave: Dolor torácico. Ansiedad. Infarto.