



421/10 - NO TODO ES ANSIEDAD

C. Perpiñán Auguet¹, M. de la Torre Trillo², E. Ras Vidal³, E. Tapia Barranco³, A. Urbaneja Diez³, M. Mauri Rojals³

¹Metge Intern Resident de Família. ²Centro de Atención Primaria Sant Pere Reus 2. Tarragona. ³Metge de familia. Centro de Atención Primaria Sant Pere Reus 2. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso/Descripción del caso: Hombre de 53 años con antecedentes de diabetes tipo 2 desde hace tres años en tratamiento con metformina 850 mg un comprimido cada 12 horas, hipertensión arterial desde hace 7 años en tratamiento con hidroclorotiazida 25 mg cada 24 horas y dislipemia desde hace 2 años en tratamiento con pravastatina 20 mg cada 24 horas. No alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 20 paquetes/año, actualmente unos 10 cigarrillos/día. Niega enolismo u otros hábitos tóxicos. Refiere ansiedad desde hace unos meses que controla de manera parcial con lorazepam. Comenta que por las mañanas de manera intermitente se nota más nervioso presentando sensación de opresión en la base del cuello, sin dolor torácico ni vegetatismo, y que con estiramientos del cuello y brazos cede la molestia, realizando todo el día una actividad completamente normal. En los últimos días refiere que el cuadro es más progresivo.

Exploració i proves complementàries/Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientado. Normohidratado y normocoloreado, eupneico en reposo. Exploración cardiorrespiratoria; tonos rítmicos sin soplos ni roces. IY negativa. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, peristaltismo presente no signos de irritación peritoneal. No masas ni megalías. Neurológico: Glasgow 15, sin focalidad neurológicas. Ecg; RS a 89 lpm. Eje +30°. Pr 0,16. QRS 0,18. Descenso del ST 2 mm en I, aVL, V4, V5. Rx tórax; ICT 0,5, sin imágenes de derrame o condensaciones. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico. Hipocinesia de segmentos basal y medo de cara inferior. Función sistólica global conservada. Patrón diastólico de alteración relajación ventricular. Aurícula izquierda no dilatada. Raíz aórtica levemente dilatada resto normal. Coronariografía: enfermedad coronaria de 3 vasos; D1, CTO de CD y CTO de CX. Analítica de urgencias; curva troponina T 47-99-105.

Judici clínic/Juicio clínico: Infarto agudo de miocardio sin elevación del ST Killip I.

Diagnòstic diferencial/Diagnóstico diferencial: De todos es conocido que el diagnóstico diferencial del dolor torácico es muy amplio, abarcando múltiples patologías, desde las más banales a las más graves. Las comorbilidades pueden obstaculizar el claro diagnóstico del proceso.

Comentari final/Comentario final: Dado que se trata de un paciente diabético, y revisada la anatomía coronaria que es difusa, severa y de difícil abordaje percutáneo, se consideró al paciente tributario de revascularización quirúrgica. El paciente fue derivado al hospital de referencia para valoración de cirugía de derivación aorta-coronaria. Actualmente está pendiente de cirugía. Este caso clínico nos lleva a la reflexión de la importancia de una buena anamnesis, de la búsqueda de algún signo clínico que nos haga pensar o

sospechar en algo más allá de las propias creencias del paciente y no dejarse influir por ellas.

Bibliografia/Bibliografía

Bayón Fernández J, Alegría Ezquerra E, Bosch Genover X, Cabadés O'Callaghan A, Iglesias Gárriz I, Jiménez Nácher JJ, et al. Unidades de dolor torácico. Organización y protocolo para el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos. *Rev Esp Cardiol.* 2002;55:143-54.

Storrow AB, Gibler WB. Chest pain centers: diagnosis of acute coronary syndromes. *Ann Emerg Med.* 2000;35:449-61.