



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2151 - LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, FACTOR DE RIESGO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

I. Pozo Osto

Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Écija. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años con antecedentes personales de: reacción adversa a nolotil y AAS. No HTA, DM ni dislipemia. Fumadora de 1 paquete/día. Lupus eritematoso sistémico. Enfermedad de Raynaud. Acude a su centro de salud por dolor torácico opresivo de inicio en reposo. Irradiado a ambos hemitórax y a brazo izquierdo, principalmente. Sudoración profusa y náuseas, sin vómitos. No disnea. No alteraciones del tránsito intestinal habitual. No recorte de diuresis.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Bien hidratada y perfundida. Normocoloreada. Eupneica en reposo. No tiraje. Consciente y orientada. ACR: corazón rítmico a 90 lpm. No soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado. No ruidos patológicos. Abdomen: blando, depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. No masas ni megalias. Ruidos intestinales conservados. MMII: no edemas ni signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 85 lpm. Onda Q en cara inferior (II;III y avF) con T negativa profunda. Onda T negativa de V3-V6. Por lo que se deriva a urgencias para continuar estudio. Rx tórax: sin hallazgos significativos. Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica normales, salvo troponinas ultrasensibles en 772 ng/L. Se solicita traslado a hemodinámica donde le realizan: eco transtorácica: VI no dilatado con FEVI 55%. Hipoquinesia grave de cara inferior y septum basal. No valvulopatías. No derrame pericárdico.

Orientación diagnóstica: Se diagnostica de IAMSEST. Se realizó coronariografía terapéutica: tronco coronario izquierdo sin lesiones. ADA con lesión significativa proximal con buen vaso distal. ACX sin lesiones. ACD dominante con oclusión trombótica proximal. Se realiza tromboaspiración e implante de stent. Monoantiagregada con prasugrel. Pendiente de desensibilización a AAS. Pendiente de abordaje en 2º tiempo de ADA proximal.

Diagnóstico diferencial: 1. Dolor torácico mecánico. 2. Ansiedad. 3. Pericarditis. 4. Miocarditis lúpica.

Comentario final: Existen enfermedades crónicas, menos frecuentes, que requieren seguimiento en atención primaria. La enfermedad arterial coronaria es la causa más común de muerte en pacientes con LES.

Bibliografía

- Gustafsson JT, Simard JF, Gunnarsson I, et al. Risk factors for cardiovascular mortality in patients with systemic lupus erythematosus, a prospective cohort study. Arthritis Res Ther. 2012;14:R46.

2. Bevra Hannahs H. Lupus eritematoso sistémico. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012: p. 2724-35.

Palabras clave: Lupus. Enfermedad coronaria.