

## 347/2724 - DOLOR TORÁCICO EN MUJER DE 51 AÑOS ¿ANSIEDAD O ENFERMEDAD CORONARIA?

M. Suárez Rodríguez<sup>a</sup>, F. López Álvarez<sup>b</sup> y P. Peña Guerrero<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Palos de la Frontera. Huelva. <sup>b</sup>Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Condado Occidental. Huelva. <sup>c</sup>Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Camas. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 51 años, fumadora, hipertensa controlada con ramipril 5 mg/24h. Desde que falleció su padre hace 2 meses nota opresión centrotorácica, mejoraba con alprazolam 0,5 mg. Esta mañana el dolor le ha despertado del sueño, irradiado a mandíbula y epigastrio, con sudoración y vomito asociados, no mejora con alprazolam.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, eupneica, afebril, Tensión 90/65 mmHg. Exploración completa por aparatos normal. 1º EKG (c.s.): ritmo sinusal (RS), 100 lpm, ascenso ST V1-V3, descenso ST cara inferior. T negativas V4-V6. Administramos: AAS 300 mg, alprazolam 0,5 sl, SSF y nitroglicerina sl. 2º EKG (061): RS, 95 lpm, ascenso ST V1-V6, onda T negativa en II, III, aVF. Administran: clopidogrel 300 mg, clexane 40 mg, perfusión solinitrina. Sin cesión completa del dolor, por lo que ponen mórfico 3 mg. Trasladan a hospital. 3º EKG (hospital): RS, 75 lpm, IAM anterior. Trastorno de la repolarización V4-V6. Se avisa a hemodinámica para angioplastia primaria de enfermedad monovaso de la ADA proximal con colocación de stent farmacoactivo. Analítica: TnT US 3.961, proBNP 2.125, PCR 23,59. Rx tórax: ligera cardiomegalia sin datos de congestión pulmonar. Ecocardio: VI ligeramente dilatado, IM moderada funcional, ITr mínima. HVI concéntrica ligera, hipoquinesia marcada de segmentos medios y apicales septales y anteriores, así como de ápex puro, disfunción sistólica del VI moderada (FEVI 37%). FEVD preservada.

**Orientación diagnóstica:** SCACEST anterolateral extenso Killip I.

**Diagnóstico diferencial:** Ansiedad. Trastorno adaptativo/duelo. Otros eventos coronarios.

**Comentario final:** La prevalencia de enfermedad coronaria se incrementa con la edad. Predominio masculino, con tendencia a disminución de la prevalencia entre varones e incremento entre mujeres. La incidencia ha disminuido en las últimas décadas, aumenta con la edad y alcanzan tasas 3 veces mayores en posmenopáusicas que en premenopáusicas de la misma edad. La tasa de mortalidad también ha descendido, pero sigue siendo la causa de 1/3 de las muertes en mayores de 35 años. A pesar de que en mujeres se asocia con mayor presencia de comorbilidades, tiene un pronóstico similar o mejor que en hombres. Descenso de la mortalidad debido a: mejor control de factores de riesgo, manejo en la fase aguda y medidas de prevención secundaria. El retraso en la demanda de atención médica y el tiempo de reperfusión desde la oclusión se asocia con mayor mortalidad.

## Bibliografía

1. Ferreira-González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67(2):139-41.

**Palabras clave:** Síndrome coronario agudo. Revascularización.