



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2465 - PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

M. Esclapez Boix^a, E. Nortes Cañizares^b y R. Moreno Aroca^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Alicante. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orihuela I. Alicante. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de La Riva. Orihuela. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años, que acude a consulta por cuadro de un mes de episodios autolimitados de dolor punzante y parestesias en brazo izquierdo, coincidiendo todos ellos con la realización de las labores del hogar. Niega opresión torácica, cortejo vegetativo, disnea ni palpitaciones asociadas. Niega antecedente traumático. Como antecedentes, es hipertenso en tratamiento con olmesartan y exfumador desde hace unos meses.

Exploración y pruebas complementarias: TA 120/70 mmHg, FC 75 lpm. SatO2 98%. Buen estado general. Sobre peso. Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado y sin ruidos añadidos. Sin alteraciones a nivel de la extremidad superior izquierda, con movilidad y palpación no dolorosas, presentando el sistema neurovascular distal conservado y simétrico respecto a contralateral. ECG en ritmo sinusal, sin alteraciones agudas de la repolarización. Analítica sanguínea con colesterol total 311 y colesterol LDL 202. Ante la relación del dolor con el esfuerzo físico y la limitación temporal del mismo, hizo sospechar inicialmente de angina de esfuerzo, iniciando tratamiento con betabloqueantes y ácido acetilsalicílico desde Atención Primaria y derivación preferente a Cardiología. Ecocardiograma normal. Ecocardiograma de esfuerzo clínicamente positiva dudosa, eléctricamente positiva y mecánicamente positiva. Ergometría clínica y eléctricamente negativa. Cateterismo cardiaco: lesión grave del tronco coronario izquierdo (TCI) que engloba ostium de la descendente anterior y de la circunfleja.

Orientación diagnóstica: Cardiopatía isquémica estable. Angina de esfuerzo.

Diagnóstico diferencial: Inicialmente con causas graves, aunque menos probables dada la clínica, como tromboembolismo pulmonar, neumotórax, disección aórtica o neumonía, y con otras de menor gravedad como patología radicular (hernia discal cervical), neuropatía compresiva distal (STC), neuralgia postherpética, músculo-esqueléticas, origen psicógeno o pleurítico.

Comentario final: La cardiopatía isquémica puede manifestarse de forma atípica, sin dolor torácico, con epigastralgia, disnea o síncope, con mayor frecuencia en mujeres, diabéticos y ancianos. Aunque nuestro paciente no se encontraba en estos grupos, cumplía con varios FRCV (varón, HTA, sobre peso, tabaquismo), lo que orientó nuestra búsqueda hacia la etiología que podía suponer mayor gravedad.

Bibliografía

1. Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, et al, eds. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 8^a ed. Madrid: MSD; 2016.

Palabras clave: Cardiopatía isquémica. Riesgo cardiovascular.