



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3507 - DEL AINE AL STENT

R. Hernández González^a, M. Rodríguez Palma^a, O. Morales Encuentra^b y C. Gómez Sánchez^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jose Luis Santamaría. Burgos. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamonal Las Torres. Burgos. ^cMédico de Familia. Centro de Salud José Luis Santamaría. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 49 años exfumador, hipertenso, dislipémico, en tratamiento con telmisartan y gemfibrocilo. Presenta omalgie izquierda intermitente de larga evolución. Acude a Urgencias por nuevo episodio diagnosticándose de contractura y pautando antiinflamatorios. Ante la falta de mejoría consulta en Atención Primaria. Se remite al traumatólogo, quien, tras valorar la RMN privada, deriva a rehabilitación. Consulta nuevamente en Atención Primaria y, ante la persistencia clínica, se realiza nueva anamnesis y exploración, cambiando radicalmente el enfoque diagnóstico: dolor cervical irradiado a hombro y escápula izquierda, tipo latigazo, que aparece al inicio del ejercicio por las mañanas, especialmente con el frío, cediendo con el reposo y no volviendo a aparecer a lo largo del día. No clínica asociada. Ante la nueva sospecha de origen coronario se pauta AAS y parche de nitroglicerina (no betabloqueante por duda de ángor vasoespástico) y se remite a CARDIOLOGÍA.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración general: normal salvo contractura trapecio izquierdo. Radiografía y RMN hombro: sin hallazgos relevantes. Analítica: normal. LDL 107. Triglicéridos 147. ECG: normal. Ergometría: doblemente positiva. Coronariografía: tronco sin lesiones. En descendente anterior, lesión crítica a nivel proximal y segmento medio. Lesión grave en segunda marginal. Coronaria derecha dominante con lesión severa a nivel medio y de la cruz.

Orientación diagnóstica: Los antecedentes de omalgie, siempre relacionados con traumatismos y el esfuerzo de la extremidad, se confunden inicialmente con un nuevo tipo de dolor de esfuerzo, que parece sugestivo de origen coronario. La movilidad normal del hombro, el cese del dolor con el reposo y no con el cese del movimiento de la extremidad y los factores de riesgo cardiovascular junto con la falta de respuesta a analgésicos, hacen reconsiderar el diagnóstico inicial.

Diagnóstico diferencial: Contractura escapular. Tendinitis. Cardiopatía isquémica.

Comentario final: La anamnesis y la exploración siguen siendo nuestra principal herramienta diagnóstica. La reevaluación del paciente cuando la evolución no es la esperada es determinante.

Bibliografía

1. Swahn E, et al. Invasive treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndrome: cardiac catheterization/revascularization for all? Revista Española Cardiología (Eng Ed). 2014;67(3):218-21.

2. González del Hoyo M, et al. Diagnostic and prognostic implications of troponin elevation without chest pain in the emergency department. *Emergencias*. 2018;30(2):77-83.

Palabras clave: Dolor escapular. Dolor torácico. Ángor.