

347/2868 - DOLOR PRECORDIAL

R. Pérez López^a, M. Mora Sánchez^b, M. Ruiz Gutiérrez^c y S. Gredilla Pereda^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Victoria. Valladolid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla. Valladolid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canterac. Valladolid. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Magdalena. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de HTA, exfumador, taquicardia supraventricular paroxística tratada mediante ablación de vía accesoria y bloqueo completo de rama izquierda. Sin medicación habitual. Acude al Centro de Salud por episodio previo de desconfort torácico, que apareció con ejercicio físico y cedió en reposo, asociado a parestesias en brazo izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, asintomático en el momento de la consulta, PA: 130/65 mmHg, FC: 56 lpm. No ingurgitación yugular. No soplos. Murmullo vesicular conservado. Extremidades inferiores sin edema. ECG: Ritmo sinusal con bloqueo de rama izquierda ya conocido.

Orientación diagnóstica: Angina estable, cardiopatía isquémica crónica.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo. Dolor torácico mecánico. Ansiedad.

Comentario final: La ateroesclerosis coronaria es la causa más frecuente de angina y ésta es la manifestación más típica de cardiopatía isquémica. El diagnóstico de angina estable es fundamentalmente clínico, nuestro paciente presentaba la clínica típica. El dolor mejora con reposo o nitroglicerina, sin embargo, la decisión diagnóstica no debe estar determinada por la respuesta a una maniobra terapéutica. El ECG es una buena prueba diagnóstica a nuestro alcance en primaria, pero hasta en un 50% es normal entre crisis. En nuestro caso, el paciente tenía un ECG patológico previo con bloqueo rama izquierda, lo que hace no concluyente el ECG actual. Ante la sospecha de angina estable, se pautó en Atención Primaria, Adiro, bisoprolol, enalapril, atorvastatina como prevención secundaria, que tiene por objetivo prolongar la supervivencia una vez aparecida alguna manifestación de aterosclerosis, y se instruyó al paciente en la toma de nitroglicerina sublingual en caso de nuevo dolor torácico. Posteriormente se derivó al Servicio de Cardiología para completar estudio una vez ya instaurada la prevención secundaria, realizándole ecocardiograma, prueba de esfuerzo y cateterismo cardiaco, diagnosticándose cardiopatía isquémica: enfermedad de 3 vasos.

Bibliografía

1. Tovar Forero MN, Cabrera Rodrigo I. Cardiopatía isquémica. En: Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, et al, eds. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 8^a ed. Madrid: 2016. p. 355-81.

2. Roger VL. Prevención secundaria: el reto permanente. Rev Esp Cardiol. 2011;64:8-9.

Palabras clave: Angina estable. Prevención secundaria.