



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1817 - LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

M. Morillas Escobar<sup>a</sup>, M. Cañamares Aranda<sup>b</sup>, J. Sánchez-Carpena Garrido-Lestache<sup>b</sup> y S. Mateos Díez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Vega. Alcobendas. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Embarcaciones. Tres Cantos. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tres Cantos I. Tres Cantos. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 24 años sin antecedentes de interés acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital derivado de Servicio de Urgencias Rural por dolor centrotorácico de tipo opresivo irradiado a hombro izquierdo que comenzó a los 10 minutos de un partido, tras ejercicio físico intenso. Niega cortejo vegetativo asociado, no ha presentado episodios previos, no dolor de características pleuríticas y tampoco ha tenido un proceso infeccioso reciente. El dolor ha ido en disminución progresivamente llegando a nuestro hospital asintomático.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 140/70 mmHg; FC 54 lpm; SatO<sub>2</sub> 100%. Buen estado general, adecuada percusión y coloración de piel y mucosas. Auscultación cardiopulmonar normal. Se solicita electrocardiograma, radiografía de tórax, tóxicos en orina y analítica con marcadores de daño miocardio. En electrocardiograma está en ritmo sinusal a una frecuencia de 70 lpm y se observa un ST ligeramente ascendente compatible con repolarización precoz (ya visto en electrocardiogramas previos). La radiografía de tórax no muestra alteraciones parenquimatosas y el índice cardiororácico es normal. Los tóxicos en orina son negativos. Sin embargo en la analítica destaca CPK 336 U/L y troponina I 0,22 ug/L (0,0-0,07). Tras los resultados se decide pasar al paciente a una cama para monitorización y seriación de troponinas. Se llama a cardiólogo de guardia para valoración.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome coronario agudo sin elevación de ST. Posible disección coronaria.

**Diagnóstico diferencial:** Pericarditis aguda. Miopericarditis aguda. Consumo de estupefacientes. Neumonía adquirida en la comunidad. Disección coronaria. Costocondritis.

**Comentario final:** Tras una segunda determinación de marcadores miocárdicos (CPK 617 U/L y troponina I 13,43 ug/L) se inicia doble antiagregación con ticagrelor y Adiro 300 mg y se ingresa en unidad de cuidados intensivos para vigilancia estrecha y realización de cateterismo. En la coronariografía destaca una imagen excéntrica en descendente anterior que puede ser compatible con pequeño trombo intracoronario. Sin embargo la imagen no es definitiva y no se observa en otras proyecciones. Dada la edad del paciente se solicita estudio de trombofilia por parte de Hematología. El paciente se encuentra estable actualmente pendiente de completar estudio.

## Bibliografía

1. Bosch Genover X. Cardiopatía isquémica. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
2. Mahler SA, et al. Angina pectoris: Chest pain caused by myocardial ischemia. UpToDate.

**Palabras clave:** Infarto de miocardio. Disección de la arteria coronaria. Trombofilia.