

347/1722 - NO TODO DOLOR TORÁCICO ES CORONARIO, DE MOMENTO

D. González Calle^a, M. Sánchez Ledesma^b, A. Elvira Laffond^c, y P. Luengo Mondejar^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ^cServicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: fumador activo. Carcinoma epidermoide (T4N2M0) diagnosticado hace 3 meses, en tratamiento quimioterápico. Enfermedad actual: episodio de dolor centrotorácico, opresivo y acompañado de sudoración. Duración de 30 minutos. Se realiza ECG que evidencia alteraciones en la repolarización por lo que se activa 112 y código infarto. Servicio de Cardiología de guardia ante dolor torácico típico y electrocardiograma, constata elevación de segmento ST y realiza coronariografía emergente.

Exploración y pruebas complementarias: Sin semiología de insuficiencia cardiaca. ECG: ritmo sinusal, 130 lpm, ascenso ST de hasta 2 mm en cara anterior. ETT: Alteraciones segmentarias en la contractilidad cardiaca, territorio anterolateral, concordante con las alteraciones ECGs descritas. TC: Imagen pulmonar izquierda de bordes mal definidos que se extiende hasta cavidades cardiacas. Infiltración tumoral.

Orientación diagnóstica: Dolor torácico de características típicas y alteraciones ECGs: SCACEST hasta que se demuestre lo contrario: activación de código infarto (Centro de atención primaria). Equipo de Cardiología de guardia: ECG con elevación de segmento ST, se realiza coronariografía emergente. Árbol coronario sin lesiones. Ecocardiograma urgente que revela alteraciones segmentarias en la contractilidad ¿Juicio clínico?: ¿dolor torácico, elevación de ST, alteraciones segmentarias de la contractilidad? ¿MINOCA?

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo con elevación de segmento ST y árbol coronario sin lesiones es lo que actualmente se denomina MINOCA. Dentro de este gran grupo de posibles etiologías destacarían, por su frecuencia, la miocardiopatía de estrés (Tako-Tsubo), el espasmo coronario o el embolismo coronario. En nuestro caso sería el antecedente de carcinoma pulmonar el que nos haría orientar la sospecha diagnóstica hacia una complicación asociada por lo que se realizó TC urgente que evidenció la progresión neoplásica hasta invadir la cara anterolateral miocárdica, explicando con ello el dolor, las alteraciones en la motilidad regional y ECGs en un paciente sin afectación coronaria.

Comentario final: El diagnóstico inicial erróneo una vez resuelto el caso no siempre quiere decir que la secuencia de actuación haya sido la incorrecta. Se exemplifica la complejidad de los pacientes y la multitud de diagnósticos a los que nos podemos enfrentar en nuestra práctica clínica diaria.

Bibliografía

1. 2017 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation.

Palabras clave: Dolor torácico. Neoplasia.