

347/3003 - DOLOR TORÁCICO: MÁS ALLÁ DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES

I. Gómez Martín^a, G. Cabello Gracia^b, M. Medel Cortés^c y E. Navarrete Martínez^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarrubia. Córdoba. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Guadalcázar. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón 39 años, consulta en AP por cuadro, de dos días de evolución, de molestias torácicas tipo opresivo, irradiado a espalda, con náuseas sin vómitos y sudoración nocturna. Comenzaron en reposo, no relacionado con movimientos. No mejoría con lorazepam. No síntomas catarrales previos. ECG en consulta: shv. Sospecha de angor inestable: derivamos a urgencias. AP: no AMC. HTA. DM en tratamiento con ADO. Hiperuricemia. Obesidad. RGE. Exfumador. IQ: colecistectomizado. Tratamiento habitual: metformina, telmisartan/hidroclorotiazida.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, COC, NH y NP. Eupneico. Afebril. 150/92, FC 79, Sat 98%. ACR: tonos rítmicos, sin soplos audibles. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. Blumberg y Murphy negativos. No signos de irritación peritoneal. Analítica: leucos 1.498.000, Nabs 106.200, Hb 11,2, plaquetas 228.000. Troponina 0,001. Serologías negativas. Rx tórax: shv. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm. Sin alteraciones agudas de la reposarización. Eco abdominal: esplenomegalia. Mielograma: celularidad 150%. Blastos 4%. MO hipercelular, frecuentes megacariocitos, marcada hiperplasia mieloide. Biología molecular: cuantificación BCR-ABL p210 positiva.

Orientación diagnóstica: Leucemia mieloide crónica, dolor torácico atípico por leucostasis.

Diagnóstico diferencial: Angina inestable, IAM, pericarditis aguda, costocondritis, EGE, úlcera péptica, Neoplasias intratorácicas malignas.

Comentario final: Se denomina hiperleucocitosis a > 100.000 leucos/mm³ en sangre periférica. Supone una urgencia oncológica. Clínicamente significativa con más de 200.000 leucos/mm³ en las leucemias mieloides y más de 300.000 en las linfoides (por mayor tamaño de las células mieoloides). El término leucostasis hace referencia a las complicaciones derivadas de la hiperleucocitosis, por oclusión vascular. Clínicamente, el paciente con hiperleucocitosis puede presentar hemorragias o trombosis del SNC, infiltrados pulmonares, hipoxia... Tratamiento urgente: hiperhidratación alcalina y la leucoférésis en casos extremos. Por ello, aunque la angina de pecho es la manifestación más frecuente de la enfermedad coronaria, recalcar la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial, sin olvidar patologías menos frecuentes.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Farreras Valentí P, Rozman C, eds. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
3. Rodríguez García JL; coord. Diagnóstico y tratamiento médico, 2^a ed. Marbán, 2010.

Palabras clave: Dolor torácico. Leucostasis.