

424/1809 - MUJER JOVEN CON DOLOR TORÁCICO ATÍPICO

B. Pérez Martínez¹, A. Galera López², P. Pérez Martínez³ y P. Pérez López²

¹Médico Residente de Cardiología. Hospital Santa Lucía de Cartagena. Murcia. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Centro. San Juan. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 31 años que consultó en el Centro de Salud por dolor intenso en brazos de 12 horas de evolución, que no cedía a analgésicos, se encontraba muy nerviosa. Refirió que el día anterior había realizado sobreesfuerzo en casa. Antecedentes personales: obesidad, hipertensión arterial, fumadora de 15 cigarrillos/día. Antecedentes familiares: padre con cardiopatía isquémica.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración presentaba dolor a la palpación en miembros a nivel de trapecios, deltoides y tríceps, sin contractura muscular y con exploración de raíces nerviosas normales y sin alteraciones vasculares. Resto de exploración neuromuscular y cardiorespiratoria normal. Constantes vitales: tensión arterial 145/95 mmHg, frecuencia cardíaca 84 latidos/minuto, saturación de oxígeno 99%. Durante su estancia en consulta presentó labilidad emocional, incremento del dolor, mareo, empeoramiento del estado general y sensación de opresión torácica. Se realizó electrocardiograma objetivándose ritmo sinusal, 95 latidos/minuto sin alteraciones de repolarización.

Orientación diagnóstica: A pesar de tratarse de mujer joven, la presencia de factores de riesgo cardiovascular y la clínica intensa pensamos en diagnóstico de presunción de síndrome coronario agudo y se trasladó urgente al Hospital para realizar troponinas y radiología de tórax. Se realizaron electrocardiogramas seriados sin evidenciarse cambios tanto con o sin dolor. Se objetivó elevación de troponinas estableciéndose diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación de ST (SCASEST).

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de SCASEST debe incluir dolor osteomuscular, dolor torácico, ansiedad, pericarditis, disección de aorta.

Comentario final: Las manifestaciones clínicas atípicas de patologías frecuentes y potencialmente graves como puede ser el SCASEST suponen un reto diagnóstico para el médico de familia. Hay que valorar al paciente en su conjunto para detectar estas presentaciones atípicas que precisan un manejo integral y diagnóstico rápido para garantizar una evolución favorable. Además existe una mayor dificultad para el manejo clínico de mujeres jóvenes con SCASEST en ausencia de dolor precordial y que cursa con ansiedad.

Bibliografía

1. Roffi M, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J. 2016;37:267-315.

2. Barrabés JA, et al. Pronóstico y manejo del síndrome coronario agudo en España en 2012: estudio DIOCLES. Rev Esp Cardiol. 2015;68:98-106.

Palabras clave: Cardiopatía isquémica. Atención primaria. Urgencias.