

## 424/1581 - OMALGIA ATÍPICA

D. Velarde Herrera<sup>1</sup>, M. Aceves Espinaco<sup>2</sup>, P. Ureña Solís<sup>3</sup> y C. Varela César<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles-Colloto. Oviedo. Asturias.<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 79 años consulta por malestar y mareo que cataloga como su vértigo habitual. Hace una semana fue tratado por vértigo periférico con maniobras de reubicación canalicular con mejoría. Ahora asocia omalgie bilateral irradiada a raíz de antebrazos de 1h de evolución y en esta ocasión la exploración es incompatible con vértigo, destacando palidez mucocutánea e hipotensión marcada. Como antecedentes presenta múltiples FRCV y vasculopatía periférica siendo implantado hace 4 meses un bypass aorto-femoral; comenta que desde la operación presenta intensa astenia y heces negras. Sospechamos evento coronario desencadenado por anemia e hipotensión y realizamos ECG objetivando ascenso del ST > 1 mm en II,IIIyAVF. No se inicia la doble antiagregación por tenerla ya (aumentaríamos el riesgo de sangrado), sueroterapia IV y oxigenoterapia. Activamos código corazón y trasladamos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración: anodina. Anemia y elevación de troponinas:TnT: 256/1600. Se trasfunden 4CH ante los cuales se estabiliza. Ingrera en cardiología donde se realiza coronariografía que descarta lesiones significativas candidatas a revascularización, pero si a tratamiento médico. En ETT se evidencia disfunción sistólica con FEVI:41%. Se realizan estudios para filiar origen de la anemia hallándose angiodisplasias duodenales que se cauterizan para evitar resangrados. Manejo conservador retirándose doble antiagregación atendiendo al riesgo-beneficio.

**Orientación diagnóstica:** IAM tipo II secundario a bajo gasto por anemia. Anemia secundaria a sangrado crónico por angiodisplasias propiciada por doble antiagregación.

**Diagnóstico diferencial:** Inicialmente con vértigo periférico, tras descartarlo debemos sospechar lesión isquémica, diferenciando si es aterotrombótica que podría ser por sus FRCV o ante sospecha de inestabilidad hemodinámica un IAM tipo II por sangrado (sospechada ante doble antiagregación, astenia, anemia intensa y heces patológicas).

**Comentario final:** Nuestra acción es vital para salvar la mayor cantidad de miocardio disminuyendo el tiempo de isquemia. Recalcar que tras un evento coronario debemos instaurar tratamiento antirremodelado para evitar futuros daños y revertir los existentes, se debe asociar BB + IECAS si la FEVI esta afecta, estatinas como estabilizadora de las placas ateromatosas y efecto antiinflamatorio. Antiagregación en monoterapia o doble antiagregación en caso de implante de stent farmacoactivo durante 1 año. Pero nuestro papel más destacado está en la prevención 1º y 2º con el control de los FRCV, concienciando a la población de la importancia de estilos de vida saludables. Recordar además que un evento coronario también puede ser

desencadenado por un aumento de la demanda o por un bajo gasto como en este caso, sospechando entre otras causas sangrados.

## Bibliografía

1. Reeder GS, Awtry E, Mahler SA. Initial evaluation and management of suspected acute coronary syndrome (myocardial infarction,unstable angina) in the emergency department. [Internet]. Waltham, Mass.: UpToDate, 2018. [cited 10 July 2019]. Disponible en:  
<https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-suspected-acute-coronary-syndrome-myocardial-infarction-unstable-angina-in-the-emergency-department>

**Palabras clave:** Dolor atípico. Síndrome coronario. Elevación ST.