

424/1581 - OMALGIA ATÍPICA

D. Velarde Herrera¹, M. Aceves Espinaco², P. Ureña Solís³ y C. Varela César⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles-Colloto. Oviedo. Asturias.⁴Médico 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.