

<http://www.elsevier.es/semergen>

424/3145 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST CON PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO CON MALA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

C. Cabello de Alba Fernández¹, E. Ortega Morales², P. Vílchez Megías² y C. García Serrano³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Jaén.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Se trataba de un varón de 43 años, camionero de profesión, con antecedentes personales de tromboembolismo pulmonar en 2005 por ingreso de pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia, hipertenso y diabético tipo 2 con mal control por mala adherencia terapéutica. Fumador de 30 paq/año. En tratamiento con insulina glargina, metformina/sitagliptina, insulina glulisina, amlodipino/valsartán, fenofibrado y pantoprazol. El paciente acudió a nuestro servicio de urgencias porque hacía 4 días, mientras estaba trabajando con su camión en Alemania, comenzó con dolor intenso y repentino en columna dorsal que se irradiaba a ambos rebordes costales anteriores asociado a sudoración fría. A los dos días, el dolor de espalda cedió persistiendo el dolor costal anterior que se acentuaba con el movimiento y con la respiración. El paciente contaba que no pudo acudir antes a urgencias porque le estresaba la idea de tener que dejar el trabajo por el dolor. Refería haber estado afebril sin tos ni expectoración. No comentaba disnea, náuseas ni vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientado, Bien perfundido e hidratado, eupneico en reposo, normocoloreado y estable hemodinámicamente. Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado. Frecuencia Cardiaca: 92 latidos por minuto (lpm). Saturación O₂ 91%. Tensión arterial: 137/78 mmHg. Exploración abdominal anodina. Dolor a punta de dedo en ambos rebordes costales anteriores. Ante estos hallazgos, el estudio se completó con: un electrocardiograma que mostró ritmo sinusal a 92 lpm, elevación del ST en II, III, aVF, V2-V6 y onda Q en II, III, aVF; una radiografía de tórax que fue anodina; y una analítica con alteración de troponina T en 783.

Orientación diagnóstica: Síndrome coronario agudo con elevación del ST.

Diagnóstico diferencial: Dolor osteomuscular, tromboembolismo pulmonar, síndrome coronario agudo y hernia hiatal.

Comentario final: La poca adherencia terapéutica y el irregular control sanitario que pueden conllevar determinadas profesiones (camionero de largas distancias) favorecen el avance de enfermedades crónicas, facilitando la presentación atípica y evolucionada de patologías cardíacas, dificultándonos su diagnóstico.

Bibliografía

1. Torres JM, Jiménez L, Torres V, Romero MA. Síndrome Coronario Agudo. En: Jiménez L, Montero FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. 6^a ed. Barcelona: Elsevier; 2018; p. 204-16.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Infarto de miocardio.