

424/400 - TODOS LOS DÍAS ME DAN INFARTOS

A. Moreno Latorre¹, A. García Cánovas¹, J. Villaescusa Ruiz¹ y A. de Miguel Gómez²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia.²Médico de Familia. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años que acudió al centro de salud refiriendo que desde hacía 2 semanas tenía dolor torácico opresivo, no irradiado y sin cortejo vegetativo. Tras revisar sus antecedentes nos dimos cuenta que no tenía factores de riesgo cardiovasculares. Refería ligera disfagia tanto a sólidos como a líquidos y de manera intermitente. Comento que en repetidas ocasiones le había pasado con las comidas muy calientes o muy frías.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, eupneico en reposo. Afebril. Auscultación cardiaca normal, sin soplos ni extratonos, rítmico, 78 lpm. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. A la inspección de la orofaringe no se observaban lesiones de interés ni alimento. Fetur alimentario. Abdomen blando y depresible, sin masas, punto levemente doloroso en epigastrio, no signos irritativos. ECG: Ritmo sinusal, eje normal, no alteraciones de la repolarización. Analítica: anodina, no aumento de troponinas, ni de eosinófilos. Radiografía de tórax: No se objetivaban ni masas, ni estrecheces, ni otra imagen sugestiva de patología pulmonar, cardiaca o esofágica. Interconsulta a digestivo donde se comentaba el caso para su valoración, la necesidad de manometría y gastroscopia.

Orientación diagnóstica: El espasmo puede ser difícil de diferenciar de la angina de pecho. El dolor puede irradiarse al cuello, la mandíbula, los brazos o la espalda. Sin embargo hay datos en este paciente que nos hacían poner sobre la pista de una enfermedad digestiva. La falta de factores de riesgo cardíacos, la disfagia intermitente que comentaba y el hecho de ser un dolor que aunque fuera opresivo, no tenía características típicas de afectación cardíaca, nos hacía dudar de la sospecha inicial de IAM.

Diagnóstico diferencial: IAM. Úlcera péptica. Acalasia. ERGE. Esclerodermia. Divertículo de Zenker. Alergia alimentaria. Esofagitis eosinofílica. Neoplasia. Anillo esofágico inferior. Espasmo esofágico difuso...

Comentario final: La anamnesis adecuada es la mejor arma para cualquier médico. Sin esto es imposible dirigir las pruebas complementarias. Es necesaria una relación entre especialidades para diagnosticar, tratar y seguir a este paciente.

Bibliografía

1. Almansa C, Heckman MG, DeVault KR, et al. Esophageal spasm: demographic, clinical, radiographic, and manometric features in 108 patients. Dis Esophagus 2012; 25:214.

Palabras clave: Espasmo esofágico difuso.