



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

377/49 - DOCTORA, ME DUELE MUCHÍSIMO EL ESTÓMAGO

L. González Coronil¹, S. Vidal Rodríguez², J. Martínez de Mandojana Hernández³, V. García Quispe⁴, J. Capón Álvarez³, V. Lumbreras González⁵, S. Álvarez Colinas¹.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. ²Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. ³Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembire. León. ⁴Enfermero. Ponferrada. León. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembire. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años, exfumador de 1 paquete diario desde hace 15 años, con antecedentes de HTA, ERGE y Síndrome prostático. Tratamiento habitual: enalapril 10 mg y fesoterodina 4 mg. Acude a urgencias del C. Salud refiriendo intenso dolor en epigastrio irradiado a ESI acompañado de sudoración. El dolor aumenta al caminar y cede ligeramente con el reposo. Comenta que lleva con episodios similares desde hace unos 15 días, el último esa misma mañana, motivo por el cual consultó con su MAP quién lo derivó a digestivo y le comentó que si volvía a presentar algún episodio acudiese a urgencias para hacer un ECG.

Exploración y pruebas complementarias: Intensa sudoración y nerviosismo. TA: 125/84 mmHg. FC: 80 lpm. Saturación de oxígeno 98%. AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC. Abdomen: a la palpación de epigastrio el dolor no se reproduce. EEII: no edemas, no signos de TVP ni flebitis. ECG: ritmo sinusal, sin alteración de la repolarización a 80 lpm. Bioquímica: glucosa 115, urea 39, creatinina 0.86, sodio 140, potasio 3.7. Hemograma: hemoglobina 13.7, leucocitos 10, plaquetas 235. Parámetros de coagulación dentro de la normalidad. Troponina primera determinación 0.05 y segunda determinación 0.16. CK 165. Rx tórax: ICT en el límite alto de la normalidad, sin hallazgos de patología urgente. Rx abdomen: sin hallazgos valorables. Ecocordio: VI de tamaño y grosor normal. AI tamaño normal. VD tamaño normal y función preservada. Raíz aórtica y aorta ascendente de tamaño normal y de paredes lisas. Válvulas mitral y aórticas trivalvas de funcionamiento normal. Insuficiencia tricuspídea muy leve.

Juicio clínico: SCASEST de cara inferior.

Diagnóstico diferencial: Hernia de hiato/Dispepsia.

Comentario final: Ante la clínica y la exploración se diagnostica de dolor torácico. Se pone tratamiento con 0.4 mg de nitroglicerina sublingual y 300 mg de AAS y se traslada al Hospital del Bierzo. Se realiza seriación de enzimas cardíacas presentando elevación de troponinas en segunda determinación. En nuevo ECG se aprecian ondas T negativas en III y AVF. Se realiza interconsulta a cardiología siendo el paciente diagnosticado de SCASEST de cara inferior recomendándose su ingreso en UCI. Durante el ingreso permanece hemodinámicamente estable sin volver a presentar dolor torácico ni cortejo vegetativo. Se le realiza ecocordio y se solicita cateterismo cardíaco al Hospital de León. El SCASEST se define como una oclusión parcial o completa no permanente de una arteria coronaria. Típicamente aparece dolor retroesternal o precordial de intensidad variable que se puede irradiar a EESS izquierda o mandíbula y suele estar

provocado por esfuerzo físico, pero también puede aparecer en reposo. En ocasiones la presentación es atípica, con dolor en epigastrio, brazo, nuca o interescapular. En algunos casos el dolor es en puñalada o aparece sensación de indigestión. Ante todo paciente con dolor intenso en epigastrio relacionado con el esfuerzo y asociado a malestar general y cortejo vegetativo se debe realizar ECG y descartar patología cardíaca.

Bibliografía

Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital 12 de Octubre (7ª edición). Madrid: MSD, 2012.

Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en Urgencias (5ª edición). Madrid: Panamericana, 2017.