



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/63 - Gastritis o Angor

C. Astruga Tejerina^a, M.M. San Emeterio Barragán^b, C. Bonnardeaux Chadburn^c y M.A. Albarracín Castillo^d

^aMédico de Familia. CS Los Castros. Santander. ^bMédico de Familia. SUAP de Agüera. Castourdiales. ^cMédico de Familia. CS Los Valles. Mataporquera. ^dMédico de Familia. CS Dávila. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años de edad con antecedentes personales: exfumador. IAM. Enfermedad coronaria de 1 vaso (stent en descendente anterior media (DAm). Lupus eritematoso sistémico. Acude a consulta por referir desde hace meses molestias en epigastrio al hacer ejercicio que ceden en reposo, sin otra clínica, incluso le pautaron omeprazol por sospecha de proceso digestivo. Valorado por cardiólogo 6 meses antes por dolor torácico atípico, la ergometría fue normal.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Eupneico. AC: rítmica sin soplos. AP: buena ventilación. Abdomen: anodino. EEII: sin edemas. Pulso positivos. TA: 140/80 mmHg. ECG: RS a 56 lpm. Hemograma: leucos 3.300. Hb16. Plaquetas 108.000. Bioquímica: glucosa 90, urea 28, creatinina 0,89. FG > 90. Na 142. K 4,4. Se deriva a Cardiología donde le realizan coronariografía presentando obstrucción en posterolateral e interventricular posterior (IVP) de coronaria derecha.

Juicio clínico: Cardiopatía isquémica crónica. Enfermedad arterial coronaria bivaso. ACTP-stents en DAm y posterolateral e IVP de coronaria derecha.

Diagnóstico diferencial: Reflujo gastroesofágico. Ulcus péptico. Hipertensión pulmonar. Enfermedad biliar. Pericarditis aguda.

Comentario final: Paciente con clínica insidiosa y pruebas complementarias normales, llevó a confundir el diagnóstico. Además de una exhaustiva historia clínica y exploración física debemos realizar un buen diagnóstico diferencial, sobre todo prestando atención a los cardiópatas que, como en este caso, a pesar de pruebas normales, desencadenó en patología grave y en demora en el tratamiento que hubiera podido tener consecuencias más graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rev Esp Cardiol Supl. 2013;13(B):35-41.
2. Gersh BJ, Braunwald E, Rutherford JD. Arteriopatía coronaria crónica. En: Braunwald E. Tratado de Cardiología, 5^a ed. México DF: McGraw Hill Interamericana Editores, SA, 1999.
3. Cohn PF, Fox KM, Daly C. Silent myocardial ischemia. Circulation. 2003;108:1263-77.