



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/64 - Agujetas en los brazos... Y en el corazón

M. Vela Machío^a, M. Montes Pérez^b y J. Villar Ramos^c

^aMédico Residente. CS El Alisal. Santander. ^bMédico Residente. CS Camargo Interior. Santander. ^cMédico Residente. CS Dávila. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 44 años que acude por cuadro de 6 días de evolución de dolor centrotorácico opresivo irradiado a ambos brazos de aparición durante el sueño, despertándolo, persistiendo de forma intermitente, no modificado por el ejercicio, ni la postura, siendo en algunos casos de horas de duración. No disnea. Sin antecedentes personales de interés. Hábitos tóxicos: fumador de 1 paquete/día (IPA 25). No tratamiento médico habitual. Como antecedente familiar destaca fallecimiento paterno a los 50 años de forma súbita (autopsia con causa de muerte IAM).

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientado en las 3 esferas. Normohidratado, normoperfundido y normocoloreado. Eupneico en reposo. Obesidad. TA 120/70. FC 55. T^a 36 °C. Sat O₂ 96% basal. AC: rítmico, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. Abdomen: globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalías, ruidos hidroaéreos presentes, sin peritonismo. EEII: no edemas ni signos de TVP, pedios presentes. Analítica: troponinas 5,42, CK 435, resto normal. ECG: RS a 70 lpm, PR 0,14, QRS estrecho, onda rectificada en V6. Rx de tórax: sin hallazgos patológicos. ETT: FEVI normal con aquinesia de segmentos medio-distales de cara inferoposterior, lateral y ápex, no valvulopatías, no derrame, aorta normal. Estudio hemodinámico: TCI sin lesiones, DA con irregularidades no significativas, rama primera diagonal con lesión severa, CX con última rama marginal enferma de fino calibre, CD dominante con lesión subtotal en el segmento medio con aneurisma coronario, rama posterolateral con lesión severa y flujo distal con ramas colaterales desde la coronaria izquierda.

Juicio clínico: IAMSEST.

Diagnóstico diferencial: Con otras causas de dolor torácico, fundamentalmente pericarditis, neumotórax, disección aórtica aguda, TEP, esofagitis, pancreatitis y dolor de origen osteomuscular.

Comentario final: El dolor torácico es una de las causas de consulta más frecuente en los servicios de urgencias. En el caso del SCA es importante realizar un diagnóstico rápido, realizando un ECG de forma precoz, y monitorizar al paciente siempre que sea posible. El ECG es una herramienta indispensable en Atención Primaria, aunque tiene importantes limitaciones y puede ser normal por lo que se aconseja repetir cada 10-20 minutos, resultando útil la comparación con trazados previos si los hubiese. Ante hallazgos sugestivos, se debe administrar nitroglicerina sublingual y AAS masticable y derivar inmediatamente a un centro hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7^a ed. Madrid.
2. Pope JH, Selker HP. Acute coronary syndromes in the emergency department: diagnostic characteristics, tests, and challenges. Cardiol Clín. 2005;23:423-51.