



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/52 - ¡Del riesgo nadie se libra!

D. Fernández Torre^a, P. López Tens^b, A. Blanco García^a, J. Villar Ramos^c, M. Montes Pérez^d, C. Fernández Pereda^a, B. Sainz Santos^a, E. Gil Camarero^e, J. de Juan Armas^f y M. Santos Gravalosa^a

^aMédico Residente; ^bMédico de Familia. CS Camargo Costa. Maliaño. ^bMédico Residente. CS Cazoña. Santander. ^cMédico Residente. CS Dávila. Santander. ^dMédico Residente. CS Camargo Interior. Maliaño. ^eMédico Adjunto. CS Meruelo. Meruelo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años con antecedentes personales de HTA sin tratamiento farmacológico y consumo leve-moderado de alcohol que acude a urgencias por dolor opresivo de reciente comienzo en ambos brazos irradiado a hemicárdia izquierdo. El dolor dura unos 10 minutos cediendo solo y además varía con palpación y los movimientos, pero no con la respiración. Niega cortejo vegetativo. Durante el traslado al hospital en coche particular, refiere dos nuevos episodios de menor intensidad y duración.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. TA: 160/80 mmHg. FC: 70 lpm. SatO2: 97%. No ingurgitación yugular. ACP: rítmica sin soplos. Ruidos respiratorios normales. Abdomen: anodino. EEII: no edemas ni signos de TVP. ECG: RS a 65 lpm. Eje normal. QRS estrecho. Rectificación del ST en cara anterior con cambios hacia normalización de la repolarización en el ST y ondas T negativas en cara lateral. Analítica: leucocitos 6.400/mm³, hematíes 6,12/mm³, hemoglobina 16,8 g/dL, hematocrito 51,3%, plaquetas 146.000/mm³. AP 100%. Glucosa 98 mg/dL, iones y función renal normales. Triglicéridos 134 mg/dL, colesterol 236 mg/dL, HDL-CI 45 mg/dL, LDL-C 164 mg/dL. HbA1c 5,2%. Troponinas seriadas (pico máximo): 13,79 ng/mL. Rx tórax: sin alteraciones. Ecocardiograma: VI no dilatado. FE 50%. Hipocinesia leve en cara inferoposterolateral. VD normal. Coronariografía: ateromatosis coronaria difusa. CX con lesión grave ostial y lesión grave en rama marginal precoz a nivel ostial con calibre aceptable. CD dominante con lesión moderada en subrama de IVP. ACTP-stent farmacoactivo en CX ostial. ACTP-balón en rama marginal.

Juicio clínico: SCASEST (IAM no Q) inferoposterolateral Killip I. EAC monovaso. ACTP-stent farmacoactivo en CX ostial.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis, taponamiento cardiaco, síndrome aórtico agudo, TEP, neumotórax, neumonía, costocondritis, mediastinitis, traumatismos, psicólogo y otros.

Comentario final: Una buena educación sanitaria es primordial para que los pacientes de mayor riesgo identifiquen los síntomas y conecten rápidamente con el sistema sanitario. En este caso, el paciente acudió directamente a urgencias pero en Atención Primaria debemos estar alerta ante cualquier síntoma que lo pueda indicar y la realización de un ECG ante su sospecha. Es imprescindible incidir en una prevención primaria y control de los factores de riesgo cardiovascular (TA, diabetes, dislipemia, alcohol, tabaquismo, sedentarismo, etc.). Aún así, el riesgo no puede eliminarse completamente y este paciente nos sirve de ejemplo, ya que a pesar de sus escasos factores de riesgo desarrolló un síndrome coronario agudo a edad temprana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita M, Fernández-Ortiz A, Worner F, Alonso A, Cequier A, Comín J, et al. La Sociedad Española de Cardiología y las guías de práctica clínica de la ESC: hacia una nueva orientación. *Rev Esp Cardiol.* 2011.
2. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2015.