



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/48 - Manejo de Angor en paciente con factores de riesgo cardiovascular (FRCV)

L. Gómez Ruiz^a, A. Fernández Serna^b, A. González Díaz-Faes^c, C. Fortuny Henríquez^d, M.J. Arques Pérez^e y S. Díez Martínez^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. ^bMédico Residente de Familia. CS El Sardinero. Santander. ^cMédico Residente de Endocrinología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Marina. Santander. ^eMédico de Familia. SUAP El Sardinero. Santander. ^fMédico de Familia. SUAP El Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 77 años que acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) por dolor torácico que no ha cedido tras tres vernies. Antecedentes personales fumador de 5 farías/día, bebedor moderado, HTA, dislipemia, DM tipo 2, obeso, hiperuricemia, FA crónica, cardiopatía hipertensiva y angor de esfuerzo, EAO, Insuficiencia renal crónica y poliartralgias. Se deriva a Servicio de Urgencias hospitalarias (SUH).

Exploración y pruebas complementarias: T^a 36,9 °C, TA 95/62, FC 106, SatO₂ 94% Exploración física: arrítmico con soplo sistólico aórtico y edemas pretibiales. ECG: AcxFA 100 lpm sin trastornos de la repolarización. Analítica: glucosa 244, creatinina 1,22, FG 56 y troponina de 0,09. Rx tórax: cardiomegalia. Cateterismo cardiaco diagnóstico por punción de arteria femoral derecha: lesiones graves en DA media. Se realiza angioplastia con implantación de 2 stents convencionales solapados en DA.

Juicio clínico: Angor inestable en paciente con factores de riesgo cardiovascular.

Diagnóstico diferencial: En este caso, y dado los antecedentes del paciente y la presencia de los FRCV se plantea diagnóstico diferencial con las siguientes patologías que cursan con clínica de dolor torácico: IAM, disección de aorta, neumotórax y TEP. Aunque también, deben tenerse en cuenta otros diagnósticos diferenciales que cursan con dolor torácico: patología respiratoria, músculo-esquelética y digestiva.

Comentario final: Ante un paciente con cardiopatía conocida, FRCV establecidos y síntomas sugestivos de angor sin cambios en el ECG y sin mejoría clínica tras tratamiento con cafinitrina, la actuación más correcta debe ser la derivación a SUH para la realización de otras pruebas complementarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azpitarte Almagroj, O'Callaghan A, López Merino V, De los Reyes M, San José Garazaga JM. Angina de Pecho. Concepto y clasificación. Rev Esp Cardiol. 1995;373-382.
2. Arós F, Loma-Orsorio A, Alonso A, Alonso JJ, Cabadés A, Coma-Canella I, et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. Rev Esp Cardiol. 1999;52;919-56.