



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/44 - Síndrome Coronario Agudo. A propósito de un caso

I. Rodríguez Marcos^a, P. Jiménez Sahelices^a, A. Blanco García^b, P. López Tens^c, G. Rosario Godoy^d, A. Marcos Martín^e y L. Prieto Redondo^g

^aMédico Residente de 4º año; ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^fMédico de Familia. CS Sardinero. Santander. ^bMédico Residente de 2º año. CS Camargo Costa. Cantabria. ^cMédico Residente de 2º año. CS Cazoña. Santander. ^eMédico de Familia. CS Los Castros. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 57 años que acude al SUAP para solicitar receta de ansiolíticos ya que se encuentra más nerviosa en los últimos días. Refiere empeoramiento de su estado anímico en la última semana sin relacionarlo con una causa directa. Cuenta episodios autolimitados de 1 hora de duración de disnea y presión centrotorácica en los últimos días pero refiere que el último le ha durado más de 4 horas y no le cede con el ansiolítico que toma habitualmente. Reinterrogándola, niega clínica de insuficiencia cardíaca, síncope ni palpitaciones. Niega hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas. Como antecedentes personales presenta HTA en tratamiento hasta hace 3 meses que suspendió por buen control tensional.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 120/63, FC 66 lpm, FR 16 rpm, Sat O2 96%. Afebril. Normocoloreada, hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Carótidas rítmicas, simétricas, sin soplos. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos audibles, buena ventilación bilateral. Abdomen sin hallazgos de interés. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda en extremidades inferiores. ECG: supradesnivel de ST de hasta 2 mm en cara inferior con R prominente y descenso especular en precordiales derechas. Analítica: glucosa 77, urea 29, creatinina 0,63, Na 138, K 3,7, cloro 102. Troponina inicial: 0,36 con pico máximo de 59,33. Leucocitos 9.300, Hb 9,5, plaquetas 179.000. Tiempo protrombina 97%. Ecocardiograma al ingreso: VI no dilatado con FEVI entorno 50%. VD muy dilatado con disfunción moderada-grave, sin valvulopatías significativas ni derrame. Ecocardiograma al alta: VI de tamaño normal con hipocinesia inferoposterior basal y media con función sistólica conservada. VD ligeramente dilatado con disfunción ligera moderada. Estudio hemodinámico: arteria interventricular posterior (IVP) distal ocluida siendo el resto de arterias coronarias normales. Al intentar realizar ACTP de IVP se produce disección de coronaria derecha a nivel proximal, infarto agudo de ventrículo derecho con bloqueo auriculoventricular completo (que requiere marcapasos transitorio) y disfunción grave de ventrículo derecho que ocasiona shock cardiogénico. Se inicia apoyo inotrópico y presor asociado a balón de contrapulsación intraaórtico temporal. Buena evolución posterior con retirada progresiva de inotrópicos y del balón, quedando hemodinámicamente estable.

Juicio clínico: Síndrome coronario agudo con elevación del ST en cara inferior Killip IV con oclusión completa de IVP y disección iatrogénica proximal de coronaria derecha.

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad.

Comentario final: Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en los países desarrollados siendo la cardiopatía isquémica la primera causa de muerte en el hombre y la segunda en la mujer en nuestro país. Debemos incidir en la prevención primaria de la cardiopatía isquémica pero también en la prevención secundaria para prevenir eventos recurrentes y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Como médicos de familia tenemos la posibilidad de realizar un abordaje biopsicosocial de los mismos, detectando e iniciando tratamiento de forma precoz de los factores de riesgo cardiovascular que padecen. Asimismo, es clave una buena coordinación con otros especialistas para un control óptimo de los pacientes de cardiopatía isquémica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía clínica de Infarto agudo de miocardio. Fisterra.