



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-155 - DOLOR TORÁCICO-SCACEST-FIBRILACIÓN VENTRICULAR

G. Fernández García^a y S. Fernández Ortega^b

^aDCCU Bahía de Cádiz. ^bUGC La Laguna.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años con antecedentes de tabaquismo y dislipemia que acude por episodio de dolor centroráctico, irradiado a espalda de una hora y media de evolución, con cortejo vegetativo. Se realiza EKG que evidencia supradesnivelación del ST en II-III-AVF, decidiéndose poner el caso en conocimiento del centro coordinador del 061 para traslado hospitalario. Durante la asistencia el paciente presente episodio de fibrilación ventricular, iniciándose maniobras de RCP avanzada que tras 3 desfibrilaciones (360 J) se estabiliza, decidiéndose realización de fibrinólisis.

Exploración y pruebas complementarias: REG, COC, eupneico; AC: tonos puros rítmicos sin soplos; AP: MVC sin ruidos sobreañadidos; EKG: rs 70 lpm, ST supradesnivelado (4-5 mm) AVF, II, III; TA: 120/80; FR: 12 rpm; SAT O2: 99%; G.C: 109; T^a: 36 °C; Rx tórax: no cardiomegalia. Analítica: Hb 14,6, leucocitos 19.940, Cr 1,0, urea 35, iones normales, CK 683/1.887, TTus 69/163, Clcr 136; gasometría venosa: pH 7,42, pCO2 31,0 mmHg, HCO3 20,2. Cateterismo coronario: se realiza vía arterial radial derecha 6F. Árbol coronario con dominancia derecha. Coronaria izquierda buen calibre y sin lesiones significativas. Coronaria derecha ocluida en su tercio medio que se recanaliza al pasar la guía y desciende el ST. Se aprecia trombo intraluminal en tercio medio con puntos críticos hasta el 90-95% y placas ligeras a nivel distal que posteriormente se bifurca en un TPL y una DP precoz de gran calibre. Se realiza infusión de bolo de Reopro y se realiza trombectomía con sistema Export 6F en dos ocasiones con escasa extracción de trombos. Se predilata el balón Mozec de 2.5 × 14 mm a 6 atm a varios niveles del segmento medio y se implanta stent farmacoactivo Xience de 3.5 × 38 mm a 12 atm cubriendo todo el segmento medio y respetando placa ligera-moderada del 40% inmediatamente distal. Ecocardiografía posrevascularización: VI con presencia de hipoquinesia inferobasal, inferomedial, laterobasal y lateromedial con función sistólica VI (45-50%). VD no dilatado, con función sistólica normal. Analítica al alta: hematíes 4,27, Hb 13,3, urea 36, creatinina 1,1, triglicéridos 224, ácido úrico 7,9, HDL-colesterol 30, LDH 407, CPK 305, ProBNP: 367,2, T: 3.264.

Juicio clínico: Cardiopatía isquémica, SCACEST inferior. Fibrilación ventricular.

Diagnóstico diferencial: Dolor torácico de origen cardíaco (SCA, pericarditis, miocarditis, disección aórtica), y de origen no cardíaco (RGE, rotura esofágica, cólico biliar, pancreatitis, depresión, ansiedad, dolor osteomuscular, infección-insuficiencia respiratoria, TEP, neumotórax, hemotórax, pleuritis).

Comentario final: El paciente tras realización de ICP se encuentra hemodinámicamente estable, sin incidencias posrevascularización. Evolución favorable sin presencia de dolor torácico ni disnea tras revascularización e implantación de tratamiento médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arntz HR, Bossaert L, Danchin N, Nikolaou N. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 5. Initial Management of Acute Coronary Syndromes. *Resuscitation*. 2010;81:1353-63.
2. Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2007;28:1598-660.
3. Deakin CD, Nolan JP, Sunde K, Koster RW. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 3. Electrical Therapies: Automated External Defibrillators, Defibrillation, Cardioversion and Pacing. *Resuscitation*. 2010;81:1293-304.