



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/276 - EL PACIENTE SIEMPRE MIENTE: ¿O CASI SIEMPRE!

D. Fernández Torre<sup>a</sup>, P. López Tens<sup>b</sup>, A. Blanco García<sup>c</sup>, J. Villar Ramos<sup>d</sup>, M. Guerra Hernández<sup>e</sup> e I. Robles Fernández<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de familia. SUAP El Alisal. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 35 años fumador sin antecedentes de cardiopatía, que acude a nuestra consulta de Atención Primaria de urgencia por cuadro de 24h de náuseas y vómitos. Además hoy refiere que le ha despertado un dolor en hemitórax izquierdo opresivo irradiado a espalda de 45 minutos de duración acompañado de cortejo vegetativo. Niega reiteradamente consumo de alcohol y drogas de abuso.

**Exploración y pruebas complementarias:** hemodinámicamente estable. Buena perfusión distal. CsRsSs. No IY. ACP: rítmico con tercer ruido. Ruidos respiratorios normales. Abdomen anodino. No edemas. ECG en centro de salud: RS a 70 lpm. ST elevado en cara anterolateral. Ante un síndrome coronario agudo se le administra nitroglicerina sublingual y la dosis de carga de AAS vía oral. Se avisa al 061 para su traslado al hospital de referencia y valoración por el servicio de coronarias. Analítica: Troponina seriada: 0,21-35-62,10-41,08 ng/ml. Tóxicos en orina: positivo para cocaína y cannabis. Resto analítica anodina. ETT: ventrículo izquierdo con FEVI del 35% a expensas de aquinesia mesoapical de los segmentos anteroseptolaterales y de segmentos distales de cara inferoposterior. Ventrículo derecho normal. No complicaciones mecánicas. Se traslada a la sala de hemodinámica con 90 minutos de evolución, donde se realiza cateterismo cardiaco evidenciando oclusión de DA proximal. Angioplastia primaria con colocación de stent farmacoactivo sobre DA. Se deja tratamiento con AAS y se inicia prasugrel (doble antiagregación). Además se instaura tratamiento anticoagulante con enoxaparina, betabloqueante, estatina e IECA.

**Juicio clínico:** Cardiopatía isquémica. Síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST) en cara anterolateral. Angioplastia primaria con stent farmacoactivo en DA. Disfunción sistólica VI (FEVI 35%).

**Diagnóstico diferencial:** Costocondritis, pericarditis/miopericarditis aguda, taponamiento cardiaco, neumotórax a tensión, síndrome aórtico agudo, rotura esofágica y neumonía.

**Comentario final:** No es frecuente encontrarnos ante un síndrome coronario agudo en pacientes jóvenes, sin antecedente familiares ni personales de cardiopatía. En este caso es más frecuente asociarlo al consumo de adrenergicos como la cocaína. El paciente inicialmente negó su consumo pero ante la evidencia del resultado toxicológico se vio obligado a reconocerlo. Es vital desde Atención Primaria el control de los factores de riesgo cardiovascular de nuestros pacientes así como la promoción de estilos de vida saludables.

### Bibliografía

1. Adamopoulos C, Ahmed A, Fay R, Angioi M, Filippatos G, Vincent J, et al; EPHESUS Investigators. Timing of eplerenone initiation and outcomes in patients with heart failure after acute myocardial infarction complicated by left ventricular systolic dysfunction: insights from the EPHESUS trial. *Eur J Heart Fail*. 2009;11(11):1099-105.
2. American College of Emergency Physicians; Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, De Lemos JA, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(4):e78-140.