



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/409 - LA IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA EN EL DOLOR TORÁCICO AGUDO

D. Gajate Herrero^a, N. Diego Mangas^b, J. Polo Benito^b, A. de Dios Vicente^c, P. Colina Azofra^c y A. García Pérez^c

^aMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^cMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer hipertensa de 59 años, en tratamiento con atenolol 25 mg/12h y enalapril 5 mg/12h. No fumadora ni bebedora. No usuaria de otros tóxicos. Acude a Urgencias por haber presentado un episodio de dolor centrotorácico opresivo irradiado a cuello, que la despertó y le duró unos 30 minutos, y que cedió con Nitroglicerina sublingual. 3 meses antes había sido derivada a Cardiología por presentar episodios similares en relacionados con el esfuerzo. Se realizó durante este periodo angioTAC coronario con Score cálcico: 0, con arterias coronarias sin estenosis.

Exploración y pruebas complementarias: PA: 137/78 mmHg. FC: 55. SpO₂: 98%. ECG: ritmo sinusal a 60 lpm. Sin alteraciones de la repolarización. Rx tórax: normal. Analítica: normal. Pese a la normalidad de pruebas complementarias, ingresó en Cardiología para completar estudio. SPECT miocárdico: clínicamente positiva grave por angina desde el minuto 1, apareciendo BRIHH en el minuto 4,5. Imágenes con isquemia anterior grave y extensa (25%). FEVI normal. Coronariografía: rama diagonal de la descendente anterior con estenosis grave en segmento proximal. Se implantó stent farmacoactivo.

Juicio clínico: Angina inestable con angio-TAC de perfusión miocárdico previo normal.

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía isquémica. Pericarditis. Miocarditis. Miocardiopatía hipertrófica. TEP. Dolor osteomuscular. Síndrome aórtico agudo. Ansiedad.

Comentario final: La clasificación de los pacientes que acuden al servicio de urgencias por dolor torácico continúa siendo difícil un reto. En este contexto, el angio-TAC coronario se ha unido a otras pruebas de detección de isquemia ya implantadas como el SPECT, la ergometría o el ecocardiograma de esfuerzo. En pacientes sin enfermedad coronaria conocida y pocos factores de riesgo cardiovascular, alcanza un VPN cercano al 99% para el diagnóstico de SCA (estudio ROMICAT). Cabe plantearse la posibilidad de que el médico de AP pudiera solicitar estos tests para así unirse a sus otras herramientas diagnósticas (anamnesis, ECG, exploración física), evitando derivaciones innecesarias ante resultados negativos. La búsqueda de arteriosclerosis en otros territorios (soplos carotídeos, índice tobillo-brazo) ayuda al médico de AP a estimar la probabilidad de que un dolor torácico tenga un origen coronario. Es importante recalcar que el diagnóstico de angina es eminentemente clínico, no debiendo descartar por completo la enfermedad coronaria aún con tests de isquemia normales, sobre todo con clínica de angina típica.

Bibliografía

1. Raff GL, et al. Papel del angio-TAC coronario en la clasificación precoz de los pacientes con dolor torácico agudo. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62(9):961-5.
2. Hoffmann U, et al. Coronary computed tomography angiography for early triage of patients with acute chest pain: the ROMICAT trial. *J Am Coll Cardiol.* 2009;53:1642-50.