



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/235 - ¿SE TRATA SOLO DE UNA CRISIS DE ANSIEDAD?

E. Prieto Piquero<sup>a</sup>, E. Cano Cabo<sup>b</sup>, R. Cenjor Martín<sup>c</sup>, M. Cordero Cervantes<sup>d</sup>, R. Sánchez Rodríguez<sup>b</sup> y L. López Menéndez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. Asturias. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo. Asturias. <sup>e</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 55 años, sin antecedentes, acude a su médico de atención primaria por sensación de angustia y dolor torácico que cede en reposo, no opresivo, sin cortejo vegetativo. Su médico le realiza un electrocardiograma sin patología aguda. En contexto de una crisis de ansiedad se decide alta con observación. No obstante, acude a los tres días siguientes de madrugada a urgencias hospitalarias, por dolor intenso que inicia en primer dedo de ambas manos e irradia a hombros bilateralmente, acompañado de nerviosismo, sudoración y dolor torácico no opresivo, de características pleuríticas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientado, colaborador. Eupneico en reposo. Sudoración profusa. Auscultación cardiorrespiratoria rítmica, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No edemas en miembros inferiores. Electrocardiograma: lesión subepicárdica de 3 mm de V1 a V4 con descenso de ST de 1 mm en I y AVL. Hemograma y coagulación sin alteraciones. Bioquímica con troponina T 200 ng/l y creatin kinasa 221 U/l. Radiografía de tórax sin hallazgos de interés.

**Juicio clínico:** Síndrome coronario agudo con elevación de ST, anterior, Killip I con fracción de eyección conservada.

**Diagnóstico diferencial:** Patología cardíaca como miocarditis, pericarditis, valvulopatía, entre otras. Patología pulmonar como embolia, infarto pulmonar, neumonía, pleuritis, neumotórax. Patología vascular como disección, aneurisma o coartación de aorta. Patología digestiva como espasmo esofágico, esofagitis, reflujo laringo-esofágico, úlcera péptica, pancreatitis, colecistitis. Patología osteo-muscular como fractura costal, lesión muscular, costocondritis.

**Comentario final:** Ingresa a cargo de cardiología. Se realiza una coronariografía objetivando enfermedad de un vaso con revascularización completa en territorio de descendente anterior. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta. Debemos realizar correctamente el diagnóstico diferencial a todo paciente que aparentemente presente una crisis de ansiedad, ya que como en nuestro caso anterior puede enmascarar un síndrome coronario agudo. Para ello resulta imprescindible la realización del electrocardiograma de 12 derivaciones en los primeros 10 minutos tras su llegada al servicio de urgencias y una vez diagnosticado el síndrome coronario agudo iniciar tratamiento antitrombótico precozmente.

## Bibliografía

1. Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Lundqvist CB, Borger MA, et al. ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with st-segment elevation. *Eur Heart J*. 2012;33:2569-619.