

erradicador podría beneficiar a los pacientes con dicho cuadro, como ha ocurrido en nuestro caso, pero creemos que se precisa realizar más estudios prospectivos que investiguen posibles indicaciones de dicha terapia en la mejoría clínica de la CSC que justificarían su aplicación en la práctica clínica, puesto que en el momento actual no existe suficiente evidencia.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes, y han solicitado los permisos correspondientes.

Bibliografía

- Martínez-Berriotxo A, Fonollosa A, Artaraz J. Aproximación diagnóstica a las uveítis. *Rev Clin Esp.* 2012;212:442–52.
- Cotticelli L, Borrelli M, D'Alessio AC, Menzione M, Villani A, Piccolo G, et al. Central serous chorioretinopathy and *Helicobacter pylori*. *Eur J Ophthalmol.* 2006;16:274–8.
- Liu B, Deng T, Zhang J. Risk factors for central serous chorioretinopathy: A systematic review and meta-analysis. *Retina.* 2016;36:9–19.
- Giusti C. Association of *Helicobacter pylori* with central serous chorioretinopathy: Hypotheses regarding pathogenesis. *Med Hypotheses.* 2004;63:524–7.
- Zavoloka O, Bezditko P, Lahorzhevska I, Zubkova D, Ilyina Y. Clinical efficiency of *Helicobacter pylori* eradication in the treatment of patients with acute central serous chorioretinopathy. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2016;254:1737–42.
- Casella AM, Berbel RF, Bressanim GL, Malaguido MR, Cardillo JA. *Helicobacter pylori* as a potential target for the treatment of central serous chorioretinopathy. *Clinics (Sao Paulo).* 2012;67:1047–52.
- Rahbani-Nobar MB, Javadzadeh A, Ghojzadeh L, Rafeey M, Ghorbanihaghjo A. The effect of *Helicobacter pylori* treatment on remission of idiopathic central serous chorioretinopathy. *Mol Vis.* 2011;17:99–103.
- Salehi M, Wenick AS, Law HA, Evans JR, Gehlbach P. Intervention for Central Serous Chorioretinopathy: A network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015. CD011841.

I. Ioakeim^a, Ó. Esteban-Jiménez^{b,*}, J. Letosa-Gaudó^c, A. Moreno-Juste^{a,c} y F. González-Rubio^{a,c}

^a Grupo EpiChron de Investigación en Enfermedades Crónicas, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), ISS Aragón, Zaragoza, España

^b Centro de Salud Borja, Borja, Zaragoza, España

^c Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oscarej@hotmail.com

(Ó. Esteban-Jiménez).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.012>
1138-3593/

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Infarto agudo de miocardio en menor de 30 años. ¡La edad no es excluyente!



Acute myocardial infarction in a patient less than 30 years. Age is not exclusive!

El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) es una entidad de baja frecuencia en la población joven, ya que representa menos del 3% de los casos totales¹. Esta población supone un reto diagnóstico para los médicos de atención primaria, de urgencias y cardiólogos, dadas sus peculiaridades en cuanto a la forma de presentación, etiología y pronóstico.

Se presenta el caso de un varón de 22 años de edad sin antecedentes de interés que acudió al servicio de urgencias de nuestro centro por dolor torácico. El paciente negaba tajantemente consumo de drogas; sin embargo, destacaba la presencia de una reciente tromboembolia pulmonar bilateral masiva en el hermano a la edad de 30 años. El dolor era de perfil típico para angina: centrotorácico; opresivo; de reposo; irradiado a cuello; acompañado de cortejo vegetativo y de menos de 2 h de duración. A su llegada, y según protocolo habitual de urgencias, se realizó un ECG de 12 derivaciones (fig. 1A). A pesar de la edad del paciente y de la ausencia de consumo de tóxicos, fue diagnosticado de

IAMCEST y se inició doble antiagregación con ácido acetilsalicílico (100 mg) y prasugrel (60 mg). De manera urgente se realizó una coronariografía, en la que se objetivó una oclusión trombótica a nivel de la arteria descendente anterior proximal (fig. 1C). El resto de las arterias coronarias eran lisas (sin enfermedad aterosclerótica; fig. 1B). Se procedió a revascularización percutánea con implante de un *stent* farmacoactivo sin complicaciones (fig. 1D), con un excelente resultado final (fig. 1 E y F). Durante la evolución posterior en planta de cardiología no hubo eventos de interés, por lo que fue dado de alta con indicación de estudio por hematología para descartar algún tipo de *status* de hipercoagulabilidad.

El infarto en pacientes jóvenes sigue siendo más prevalente en varones que en mujeres². Sin embargo, y al contrario que en la población general, la presencia de historia previa de angina de esfuerzo es poco frecuente. Hasta un tercio de los pacientes jóvenes presentan una etiología atípica de IAMCEST, con una incidencia elevada de arterias coronarias sin lesiones (hasta del 18%). Dentro de las etiologías atípicas (trombofilia hereditaria, abuso de cocaína, enfermedad de Kawasaki, embolia en endocarditis infecciosa, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, disección coronaria espontánea, embolia paradójica en pacientes con foramen oval³, etc.) los estados de hipercoagulabilidad son la causa más frecuente. Es importante identificar a este tipo de pacientes, pues presentan un mayor riesgo de complicaciones graves, la principal de las cuales es la trombosis

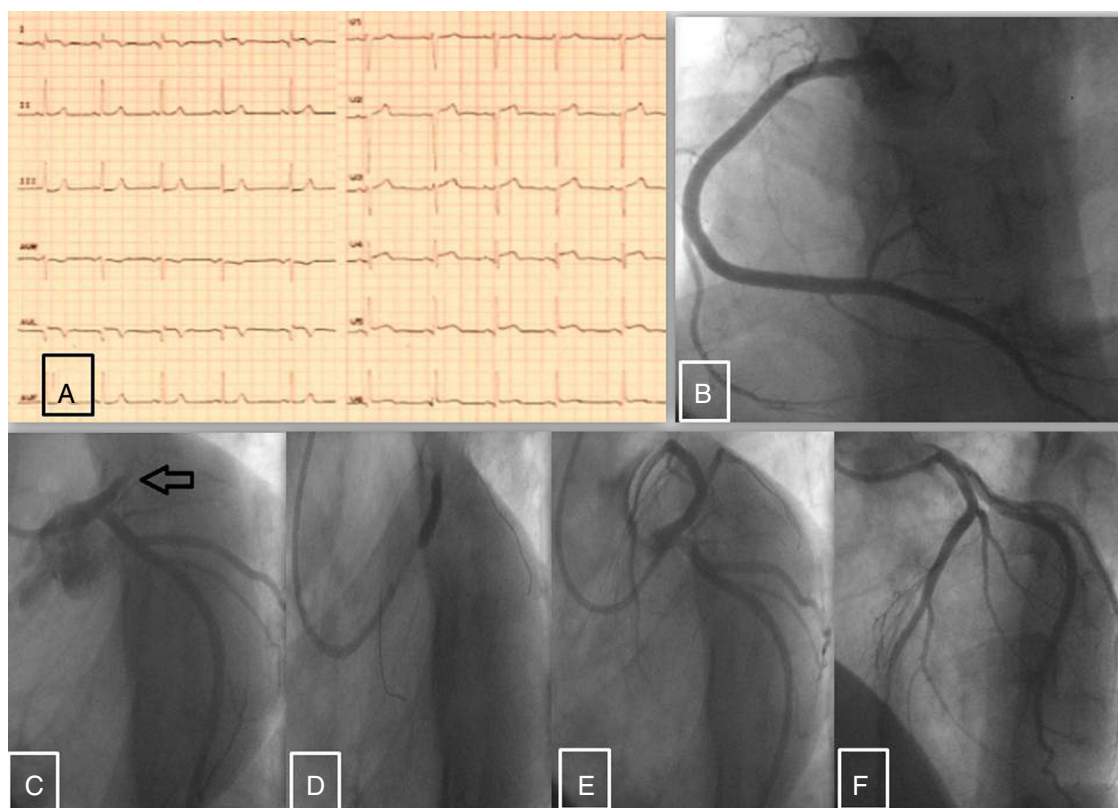


Figura 1 A) Electrocardiograma en urgencias. B) Arteria coronaria derecha sin lesiones angiográficas significativas. C) Oclusión trombótica proximal de la arteria descendente anterior; circunfleja sin lesiones angiográficas. D) Angioplastia con *stent* farmacactivo de la arteria descendente anterior. E y F) Resultado final postangioplastia con *stent* farmacactivo.

del *stent* (con las implicaciones en el manejo farmacológico y en el pronóstico a corto plazo que ello conlleva)⁴. Por otro lado, es más frecuente la afectación de un solo vaso, lo cual mejora el pronóstico a largo plazo de estos pacientes, comparado con el de la población general⁵. Por regla general, los pacientes jóvenes presentan una mejor evolución que los de mayor edad. Sin embargo, la mortalidad a los 15 años alcanza el 30% en algunas series, lo que pone de manifiesto la importancia de una correcta adopción de medidas de prevención secundaria en esta población, del seguimiento estrecho ambulatorio, de un diagnóstico precoz inicial y del control de posibles recurrencias⁶. Es en estas funciones en las que el papel del médico de atención primaria adquiere una relevancia capital.

Aunque el IAMCEST es muy poco frecuente en pacientes menores de 30 años, no debemos olvidar que no se puede descartar solo por la edad. La etiología es variada, entre la que destacaba la hipercoagulabilidad hereditaria como primera causa. Consideramos que los médicos de atención primaria, de urgencias y cardiólogos clínicos debemos abandonar el axioma consumo de cocaína-infarto en gente joven. Nuestro atípico caso es un claro ejemplo de cómo los antecedentes familiares y la correcta ejecución de los protocolos de dolor torácico en urgencias/atención primaria jugaron un rol importante en el diagnóstico y tratamiento final del paciente.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Conflicto de intereses

No.

Bibliografía

1. Morillas P, Bertomeu V, Pabón P, Ancillo P, Bermejo J, Fernández C, et al. Characteristics and outcome of acute myocardial infarction in young patients The PRIAMHO II study. *Cardiology*. 2007;107:217–25.
2. Buchholz EM, Strait KM, Dreyer RP, Lindau ST, D'Onofrio G, Geda M, et al. Sex differences in young patients with acute myocardial infarction: A VIRGO study analysis. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2017;6:610–22.
3. Muñoz C, Pinilla N, Moreno A, Romera A, Castro J. Infarto agudo de miocardio por embolismo coronario y tromboembolismo pulmonar masivo en paciente joven. Una asociación de difícil manejo. *Semergen*. 2015;41:e67–9.
4. Puricel S, Lehner C, Oberhänsli M, Rutz T, Togni M, Stadelmann M, et al. Acute coronary syndrome in patients younger than

- 30 years-aetiologies, baseline characteristics and long-term clinical outcome. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13816.
5. Otaki Y, Gransar H, Cheng V, Dey D, Labounty T, Lin FY, et al. Gender differences in the prevalence, severity, and composition of coronary artery disease in the young: A study of 1635 individuals undergoing coronary CT angiography from the prospective, multinational confirm registry. *EHJ Cardiovasc Imag.* 2015;16: 490–9.
6. Singh A, Collins B, Qamar A, Gupta A, Fatima A, Divakaran S, et al. Study of young patients with myocardial infarction: Design and rationale of the YOUNG-MI Registry. *Clin Cardiol.* 2017: 1–7.

D. González-Casal^{a,b}, R. Mateos Gaitan^{a,b},
N. Sánchez Prida^c, H. González-Saldivar^{a,b,*}
y F. Díez-Delhoyo^{a,b}

^a *Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid, España*

^b *Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Madrid, España*

^c *Centro de Salud Orcasitas, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hugon@hotmail.es

(H. González-Saldivar).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.03.013>
1138-3593/

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.