



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

327/41 - DE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA A UN INFARTO.

C. Gracia Alloza¹; I. García Díaz¹; P. López-alonso Abaitua¹; L. Rodríguez Vélez²; R. Correa Gutiérrez³; M. Cobo Rossell⁴; M. Alonso Santiago⁵; R. Maye Soroa⁶; C. Marinero Noval⁷; O. Casanueva Soler⁶.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Santander. Cantabria.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de La Sal. Cabezón de La Sal. Cantabria.; ⁵Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapaton. Torrelavega. Cantabria.; ⁶Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; ⁷Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años, hipertenso, fumador y bebedor activo. Antecedente de rotura de aneurisma abdominal portador de endoprótesis. Tratamiento habitual: Adiro 100/24h. Remitido desde su centro de salud por sospecha de infección respiratoria para completar estudio. Refiere disnea de varios días de evolución junto con febrícula de hasta 37,7^o. En las últimas 24 horas DPN, ortopnea y tos seca. No dolor torácico ni cortejo vegetativo.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: Consciente y orientado. Normohidratado y perfundido, taquipneico. Cabeza y cuello: No aparente aumento de PVY. Auscultación cardiaca: Rítmico sin soplos. Auscultación pulmonar: crepitantes bibasales. Abdomen sin hallazgos destacados. No edema en miembros inferiores, no signos de TVP, pulsos distales presentes. Analítica: Hb 14, Leucocitos 12100 (G 88.1%, L 6.5%) Plaquetas 350000, Glucosa 112, Cr 1.06, Na 141, K 4.9. BNP 401, Troponina I de alta sensibilidad 6180.4. Rx tórax: cardiomegalia y signos de redistribución vascular. Electrocardiograma: Taquicardia sinusal a 115 lpm, PR: 160, Datos de crecimiento del VI. EV con morfología de BRD en precordiales.

Juicio clínico: Episodio de IC congestiva descompensada. IAMNEST de localización indeterminada. Probable infección respiratoria.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo, síndrome aórtico agudo, infección respiratoria. Miocardiopatía hipertensiva, Insuficiencia cardiaca.

Comentario final: Tras estancia en urgencias donde se inició doble antiagregación + anticoagulación + tratamiento diurético se ingresó en Cardiología y Hemodinámica donde se objetivó enfermedad coronaria trivasa: DA media 100% vaso distal bueno, OM2 con 2 lesiones severas y buenos lechos, CDm 100%, aceptable vaso distal. Viabilidad en territorio anterior. IAo ligera-moderada por anulectasia aórtica y MCD con disfunción sistólica severa. Actualmente

pendiente de RMN para estudio de viabilidad y evaluación de mejor opción de revascularización +/- RVAo +/- Tubo suprasinusal. La clínica inmediatamente puso en entredicho que solamente hubiera un proceso infeccioso incipiente. Una correcta evaluación inicial junto con unas pruebas complementarias ajustadas a la sospecha clínica nos permiten enfocar correctamente el diagnóstico y ganar tiempo en la toma de decisiones. El tiempo es miocardio viable aunque en este caso se tratase de un IAMNEST y tuviésemos cierto margen de actuación.

Palabras clave: Síndrome Coronario Agudo, Aneurisma, Miocardiopatía Dilatada

Bibliografía

Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2016;37:2129-200.

Anguita M, Fernández-Ortiz A, Worner F, Alonso A, Cequier A, Comín J, et al. La Sociedad Española de Cardiología y las guías de práctica clínica de la SEC: hacia una nueva orientación. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:795-6.

Ibáñez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2017;15:2017.