



212/3135 - SIEMPRE EN ALERTA ANTE UN DOLOR TORÁCICO

S. Milán Gutiérrez^a, L. López Puerta^b y C. Montilla Martínez^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vicar. Distrito Poniente. Almería. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería. ^cResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santo Domingo. Distrito Poniente. El Ejido.

Resumen

Descripción del caso: Varón 53 años que consulta en Centro de Salud por dolor en hemitórax izquierdo de 40 minutos de duración, características mixtas irradiado a mandíbula y hombro izquierdo, se inició en reposo sin cortejo vegetativo y sin cambios con el movimiento, cedió con nitroglicerina. Se deriva a hospital de referencia. Cuatro días antes consultó por dolor torácico atípico y ECG anodino, se derivó a domicilio con control urgente por su MAP. Intolerante a metamizol y prednisona con FRCV (hipercolesterolemia, obesidad, fumador). Intervenido de hernia discal. En tratamiento con simvastatina de 40 mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, CyC, ACR: tonos rítmicos, no soplos, mvc, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: anodino. ECG en CS: Ritmo sinusal a 75 lpm, eje normal, amputación de R en V1, sin alteraciones en la repolarización ni signos de hipertrofia. En hospital se repite ECG, que resulta similar, radiografía de tórax normal y analítica completa con seriación de enzimas cardíacas: 0,1- 0,49- 3,31 ng/mL. En cateterismo se objetivó aterosclerosis coronaria calcificada y difusa con enfermedad severa de circunfleja y afectación difusa de ramas diagonales y rama posterolateral. Se realizó revascularización percutánea de circunfleja con implante de stent convencional. Pautaron ajuste de tratamiento para control de FRCV, revisión en Cardiología y seguimiento por su MAP.

Juicio clínico: SCASEST.

Diagnóstico diferencial: IAM, SCACEST, TEP, disección aórtica, patología osteomuscular, patrón psicógeno, pericarditis, patología pleura, rotura o espasmo esofágico.

Comentario final: Los síndromes coronarios agudos sin elevación del ST son un conjunto de situaciones clínicas derivadas de la ruptura de una placa de ateroma, normalmente no llega a ocluir completamente la arteria coronaria. Su presentación es muy variada. Ante la sospecha de SCASEST, se deberán estimar biomarcadores en sangre y realizar EKG seriados para confirmar el diagnóstico.

Bibliografía

1. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes

sin elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2012;65:173.e1-e55.

2. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline).

Palabras clave: *Síndrome coronario agudo sin elevación de ST. Angina inestable. Troponinas. FRCV. Dolor torácico. SCASET.*