



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3931 - TENGO ANSIEDAD Y DOLOR EPIGÁSTRICO: SCACEST POSTEROLATERAL SUBAGUDO KILLIP III

N. Armas Sánchez<sup>a</sup>, J. Jurado Palacios<sup>b</sup> y D. Bastidas Yaguana<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Son Cladera. Illes Balears. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Rafal Nou. Illes Balears. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Canal de Panamá. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 64 años, fumador de 30 cigarrillos/día, dislipemia, alcoholismo importante (actualmente bebe menos). Antecedentes de consumo aislado de anfetaminas (actualmente no). Refiere no haber consumido nunca cocaína ni otros estimulantes. Acude a consulta en múltiples ocasiones durante 2 meses por ansiedad y pánico, comenta ligera epigastralgia. Se realiza ECG, con hallazgos de significación pero paciente rechaza ir al hospital. Posteriormente acude a hospital por disnea intensa de aparición súbita de 60-90 minutos, días antes dolor epigástrico intenso sin cortejo vegetativo ni otra sintomatología acompañante que le duró aproximadamente todo el día y fue calmando tras la ingesta de antiácido, quedando posteriormente con debilidad.

**Exploración y pruebas complementarias:** Examen físico: afectación del estado general con taquicardia, hipertensión leve e hipoxemia con saturación de O<sub>2</sub> 77%, que mejora hasta 87% tras oxigenoterapia con reservorio. Gasometría arterial: pH 7,35, pO<sub>2</sub> 43 mmHg, pCO<sub>2</sub> 38 mmHg, HCO<sub>3</sub>-20 mmol/L, lactato 1,9 mmol/L. Troponina US elevada 12.914 ng/L. ECG iniciales: bloqueo bifascicular (BRDHH + HBAIHH). En hospital: ECG: elevación del segmento ST en cara lateral. Hemodinámica: se observó enfermedad coronaria de un vaso no candidata a revascularización. Durante ingreso realiza ausencia, probable relación con abstinencia. TAC, EEG que no muestra patología aguda. ECG: Rítmico a 65 lpm con extrasístoles aisladas. BRDHH, con onda Q en cara lateral. T aplanada en cara inferior. Rx tórax 18/07/18: ICT normal con signos de redistribución vascular, sin claras condensaciones pleuroparenquimatosas. Ecocardiograma transtorácico: hipocinesia lateral apical y acinesia lateral basal. Patrón de relajación normal. IM moderada-grave con efecto coanda. IAO leve. IT leve sin signos de hipertensión pulmonar. TAPSE límite 18 mm. Raíz aórtica no dilatada. No derrame pericárdico. Ecografía pulmonar, coronariografía, ecocardiograma transtorácico.

**Orientación diagnóstica:** SCACEST postero-lateral subagudo KILLIP III. Enfermedad coronaria de un vaso (oclusión OM1). Síndrome de abstinencia enólica.

**Diagnóstico diferencial:** Gastritis. Ansiedad.

**Comentario final:** Buena evolución.

## **Bibliografía**

1. Ferreira GI. Epidemiología de la enfermedad coronaria. Rev Esp Cardiol. 2014;67(2):139-44.
2. Wijns W, Kolh P, Danchin N, Di Mario C, Falk V, Folliguet T, et al. Guía de práctica clínica sobre revascularización miocárdica. Rev Esp Cardiol. 2010;63(12):1485-76.

**Palabras clave:** IAM. KILLIP III.