



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1817 - LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

M. Morillas Escobar^a, M. Cañamares Aranda^b, J. Sánchez-Carpena Garrido-Lestache^b y S. Mateos Díez^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Vega. Alcobendas. Madrid. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Embarcaciones. Tres Cantos. Madrid. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tres Cantos I. Tres Cantos. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 24 años sin antecedentes de interés acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital derivado de Servicio de Urgencias Rural por dolor centrotorácico de tipo opresivo irradiado a hombro izquierdo que comenzó a los 10 minutos de un partido, tras ejercicio físico intenso. Niega cortejo vegetativo asociado, no ha presentado episodios previos, no dolor de características pleuríticas y tampoco ha tenido un proceso infeccioso reciente. El dolor ha ido en disminución progresivamente llegando a nuestro hospital asintomático.

Exploración y pruebas complementarias: TA 140/70 mmHg; FC 54 lpm; SatO₂ 100%. Buen estado general, adecuada percusión y coloración de piel y mucosas. Auscultación cardiopulmonar normal. Se solicita electrocardiograma, radiografía de tórax, tóxicos en orina y analítica con marcadores de daño miocardio. En electrocardiograma está en ritmo sinusal a una frecuencia de 70 lpm y se observa un ST ligeramente ascendente compatible con repolarización precoz (ya visto en electrocardiogramas previos). La radiografía de tórax no muestra alteraciones parenquimatosas y el índice cardiotorácico es normal. Los tóxicos en orina son negativos. Sin embargo en la analítica destaca CPK 336 U/L y troponina I 0,22 ug/L (0,0-0,07). Tras los resultados se decide pasar al paciente a una cama para monitorización y seriación de troponinas. Se llama a cardiólogo de guardia para valoración.

Orientación diagnóstica: Síndrome coronario agudo sin elevación de ST. Posible disección coronaria.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis aguda. Miopericarditis aguda. Consumo de estupefacientes. Neumonía adquirida en la comunidad. Disección coronaria. Costocondritis.

Comentario final: Tras una segunda determinación de marcadores miocárdicos (CPK 617 U/L y troponina I 13,43 ug/L) se inicia doble antiagregación con ticagrelor y Adiro 300 mg y se ingresa en unidad de cuidados intensivos para vigilancia estrecha y realización de cateterismo. En la coronariografía destaca una imagen excéntrica en descendente anterior que puede ser compatible con pequeño trombo intracoronario. Sin embargo la imagen no es definitiva y no se observa en otras proyecciones. Dada la edad del paciente se solicita estudio de trombofilia por parte de Hematología. El paciente se encuentra estable actualmente pendiente de completar estudio.

Bibliografía

1. Bosch Genover X. Cardiopatía isquémica. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
2. Mahler SA, et al. Angina pectoris: Chest pain caused by myocardial ischemia. UpToDate.

Palabras clave: Infarto de miocardio. Disección de la arteria coronaria. Trombofilia.