



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1478 - HERENCIAS QUE (CASI) MATAN

P. Bermúdez Martí¹, M. de la Torre Rodríguez², I. Ortiz Lebaniegos¹ y M. Rodríguez Antón¹

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santoña. Santoña. Cantabria. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bustarviejo. Bustarviejo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 43 años, pescador, fumador de dos paquetes de tabaco diarios desde hace unos 30 años), bebedor habitual (en tratamiento de deshabituación) y consumidor de cocaína de forma ocasional, sin tratamiento crónico, que acude a primera hora al centro de salud traído por su hermano por opresión centrotorácica muy intensa de 3 horas de evolución, irradiada a brazo y ángulo mandibular izquierdo mientras estaba yendo al trabajo. Asocia sequedad faríngea, sudoración, palidez y mareo. Contaba molestias en la zona descrita desde hacía 2-3 días que él achacó al plano digestivo (refería que le había sentado mal la comida en el barco) y por las que no consultó. Entre sus antecedentes familiares, destaca que el hermano que lo traía tuvo un cuadro similar el año anterior, siendo diagnosticado de infarto agudo de miocardio y que su padre falleció de otro infarto a los 54 años.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales: tensión arterial 130/105 mmHg. Frecuencia cardíaca 86 lpm. Frecuencia respiratoria 12 rpm. Saturación de oxígeno 98%. Temperatura 36, °C. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: buena ventilación sin ruidos sobreañadidos. Extremidades inferiores: sin edemas ni trombosis venosa profunda. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 81 latidos por minuto, PR normal, QRS estrecho con eje normal y elevación de ST en V1-V3.

Orientación diagnóstica: Infarto agudo de miocardio anterior.

Diagnóstico diferencial: Dolor de origen cardíaco (síndrome coronario agudo, pericarditis...), pulmonar (neumonía, pleuritis, tromboembolismo pulmonar...), digestivo (esofagitis, gastritis...), vascular (rotura aórtica, aortitis...), muscular o psicógeno.

Comentario final: Teniendo en cuenta la afectación clínica del paciente, así como las alteraciones en el electrocardiograma, administramos ácido acetilsalicílico 300 mg y clopidogrel 75 mg vía oral, una ampolla de morfina subcutánea y tres *puffs* de solinitrina sublingual al tiempo que solicitamos ambulancia medicalizada para trasladar al paciente al hospital de referencia donde fue sometido a un cateterismo de urgencia, habiendo advertido previamente al servicio de Coronarias.

Bibliografía

1. Juncadella García E, Vilardell Tarrés M. Patología cardiovascular. En: Martín Zurro A, Cano

Pérez JF, Gené Badia J. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia, 8ª ed. Barcelona: Elsevier, 2019. p. 578-86.

Palabras clave: Infarto. Miocardio. Dolor.