



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/913 - Dolor Torácico: Partiendo de una simple sospecha

G.M. Canales Esteve<sup>a</sup>, J.J. Jiménez Aguilera<sup>b</sup>, Z.M. Correcher Salvador<sup>c</sup>, E. Quer Barberá<sup>d</sup> y A. Buj Jordà<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Economista Gay. Valencia.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Cardiología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. <sup>c</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria de 4º año. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón.

<sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Economista Gay. Valencia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 67 años que acude a urgencias remitido desde su Centro de Salud por molestias torácicas de características opresivas acompañadas por sensación de disnea en relación a los esfuerzos, con recuperación en reposo. El dolor se localiza a nivel centrotorácico e irradia a garganta. No palpitations aunque sí clínica vegetativa en forma de diaforesis pero sin náuseas. El dolor se desencadenaba con esfuerzos de moderada intensidad, teniendo como duración 3-4 minutos. La frecuencia había aumentado, siendo prácticamente diaria en la última semana, así como había disminuido el umbral de esfuerzo para el desencadenamiento del dolor. Como únicos antecedentes HTA bien controlada, intolerancia oral a la glucosa sin llegar a diagnóstico de diabetes, y dislipemia. Exfumador hace 3 años (46 paquetes/año). Tratamiento habitual: nifedipino 30 mg, eprosartan y atorvastatina 80 mg.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG con TA: 178/70 mmHg, FC: 76 lpm, SATO2: 98% aa. Auscultación cardíaca rítmica y sin soplos con AP normal. Resto anodino. No cuadro congestivo. En la analítica de urgencias no destaca ninguna alteración, con enzimas cardíacas en límites de normalidad. No obstante en ordinaria se objetiva colesterol total de 261 mg/dl y LDL 186 mg/dl. Rx tórax sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal a 67 lpm sin trastornos agudos de la repolarización. Una vez ingresado se realiza ecocardiografía (ligera hipertrofia septal, sin alteraciones segmentarias de la contractilidad) y coronariografía que da como resultado enfermedad de tronco (75%) y dos vasos (ostium de diagonal dominante y límite en DA-1). Posibilidades de revascularización quirúrgica a DA, diagonal dominante y primera marginal.

**Juicio clínico:** Se trata por lo tanto de un varón de 67 años dislipémico e hipertenso, exfumador, que acude por dolor torácico típico de nueva aparición (grado II) compatible con angina progresiva. Se decide ingreso como SCA tipo angina inestable, manteniéndose estatinas a dosis altas e iniciándose doble antiagregación con ticagrelor y AAS. Se anticoagula con clexane ajustando a peso, edad y función renal (normal) y se añade bisoprolol (que posteriormente se retira por bradicardia) y IECA. Se demuestra enfermedad de TCI y dos vasos por lo que se decide realizar doble BPAOC con buena evolución posterior y resolución de la clínica.

**Diagnóstico diferencial:** Con otras causas de dolor torácico. En este caso, se trata de un SCA tipo

angina inestable, siendo necesario establecer diagnóstico diferencial con IMASEST (TnT y CK) así como problemas valvulares (EAo) siendo auscultación y ecocardiografía normal, pericarditis (cuadro clínico no sugestivo, pruebas complementarias).

**Comentario final:** La sospecha precoz por parte de su médico de familia, tras una correcta anamnesis de un episodio de dolor torácico, evitó en este caso un desenlace fatal ya que podría haber evolucionado a IMA con las complicaciones derivadas del mismo. Por lo tanto creemos fundamental el realizar una buena historia clínica y exploración a la hora de evaluar este tipo de pacientes. Destacar también la importancia de la rápida movilización del servicio de urgencias.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Fox KA, Gore JM, Steg PG, Anderson FA. The Global Registry of Acute Coronary Events, 1999 to 2009. *Heart*. 2010;96:1095-101.
2. Thygesen K, Alpert JS, White HD, Jaffe AS, Apple FS, Galvani M, et al. Universal definitions of myocardial infarction. *Circulation*. 2007;116:2634-53.