



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/60 - DIPLOPÍA con clínica cardiológica a propósito de un caso clínico

P.E. Veliz Terceros y M.C. Pérez Fernández

Médico de Familia. Centro de Salud Ávila Norte. Ávila.

Resumen

Descripción del caso: Anamnesis: varón de 85 años con antecedentes patológicos de cardiopatía isquémica crónica, dislipemia, HTA, ictus isquémico. Tratamiento: Adiro 300, atenolol 50, losartan 50, pravastatina 40, ranitidina 300, trimetazidina 20, Nitroderm 5 mg. Tóxicos: niega. Ocupación: jubilado. Presenta desde noviembre/2015 episodio brusco de diplopía binocular persistente, derivado al servicio de urgencias descartan patología intracraneana e indican oclusión monocular hasta valoración por oftalmología. Acude a control y también menciona episodios de calor y acorchamiento en miembro superior izquierdo y desviación de comisura bucal al lado izquierdo de 10-15 min de duración el mismo coincide con la primera hora de la mañana, cuando pasea o durante la noche en reposo se decide derivar a Neurología quien solicita angio TC de tronco supraaórticos y solicita interconsulta a Cardiología con sospecha de angor.

Exploración y pruebas complementarias: Hemograma: normal. Bioquímica: normal. ECG: bradicardia sinusal, eje izquierdo. Onda T de V1 a V4. Ecocardiograma: sin alteraciones. Holter 24h: ritmo sinusal a 52 lpm, conducción AV normal, no pausas, no bradicardias. EV aislados. Angio Tc: estenosis de 60-65% ACI derecha. ACI izquierda estenosis del 50%. SPECT: isquemia anterior extensa e inferior.

Juicio clínico: Angina de pecho mixta.

Diagnóstico diferencial: Ictus, parálisis facial central.

Comentario final: La cardiopatía isquémica es una enfermedad secundaria a arteriosclerosis de las arterias coronarias, los síntomas se presentan en presencia de estenosis de la arteria coronaria o secundaria a oclusión súbita por trombosis de la arteria. Las causas son la edad avanzada, más en los hombres, la frecuencia en las mujeres se iguala a partir de la menopausia, antecedentes de cardiopatía isquémica prematura en la familia, aumento de las cifras de colesterol total, sobre todo del LDL, disminución de los valores de colesterol HDL, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, sedentarismo. Los síntomas se asocian a opresión, tirantez o quemazón que se localiza en la zona del esternón, aunque puede irradiarse a la mandíbula, la garganta, el hombro, la espalda y el brazo o la muñeca izquierdos. Suele durar entre 1 y 15 minutos. El diagnóstico se realiza bajo sospecha clínica, electrocardiograma, ergometría (si hay dudas en el diagnóstico). La arteriografía coronaria (coronariografía o cateterismo es el método de referencia para el diagnóstico o tratamiento de las mismas (dilatación e implantación de stent). Tratamiento: control estricto de factores de riesgo cardiovascular. Tratamiento farmacológico con Acido acetilsalicílico,

betabloqueantes y para mejorar los síntomas se recomiendan nitratos (vía oral, sublingual o en parches transdérmicos), antagonistas del calcio, ivabradina y ranolazina. Bypass o angioplastia coronaria (según la situación del paciente).

BIBLIOGRAFÍA

1. Wright RS, Reeder GS, Herzog CA, Albright RC, Williams BA, Dvorak DL, Miller WL, Murphy JG, Kopecky SL, Jaffe AS. Acute myocardial infarction and renal dysfunction: a high-risk combination. *Ann Intern Med.* 2002;137:563-70.
2. Shlipak MG, Heidenreich PA, Noguchi H, Chertow GM, Browner WS, McClellan MB. Association of renal insufficiency with treatment and outcomes after myocardial infarction in elderly patients. *Ann Intern.* 2002;137:555-62.
3. Moscucci M, Fox KA, Cannon CP, Klein W, López-Sendón J, Montalescot G, White K, Goldberg RJ. Predictors of major bleeding in acute coronary syndromes: the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Eur Heart J.* 2003;24:1815-23.