



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1551 - Doctora, se me hinchan las piernas

C. Botías Martínez<sup>a</sup>, E. Sánchez Pablo<sup>b</sup>, E.C. Alonso Osmer<sup>b</sup>, M.T. Palacios López<sup>a</sup>, L.M. Acosta Martínez<sup>c</sup>, A.M. Llorens Minguell<sup>a</sup>, M.L. García Guerrero<sup>a</sup> y S. Jiménez Rejón<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Unión. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 68 años de edad que acude a centro de salud porque desde hace semanas presenta edemas de miembros inferiores. Al explorar a la paciente y tomar tensión arterial se objetiva bradicardia por lo que se solicita electrocardiograma para confirmar diagnóstico. Con el resultado se objetiva bradicardia a 46 lpm y se deriva a hospital de referencia para valorar inserción de marcapasos en paciente con antecedentes familiares de madre enfermedad del seno, hermanos portadores de marcapasos.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración la paciente presenta buena coloración de piel y mucosas. ACP: bradicardia, murmullo vesicular conservado. Abdomen sin signos de ascitis blando y depresible, sin masas ni visceromegalias, Edemas de miembros inferiores hasta 1/3 medio ambas piernas con fovea. TA: 160/80. Electrocardiograma: bradicardia a 46lpm en paciente con bloqueo de rama izquierda y sospecha de bloqueo AV. Analítica con troponina 115.

**Juicio clínico:** Infarto agudo de miocardio en evolución.

**Diagnóstico diferencial:** Disnea de origen no coronario. Insuficiencia cardiaca. Bloqueo auriculoventricular. Edemas secundarios a varices miembros inferiores.

**Comentario final:** Lo curioso de este caso es que a pesar del electrocardiograma de base la paciente fue dada de alta hospitalaria el primer día y el segundo día acude de nuevo a centro de salud donde refiere esa noche dolor opresivo precordial que se irradiaba a brazo izquierdo y al solicitar de nuevo electrocardiograma se objetiva IAM anterior en evolución con ascenso ST en V1, V2, V3. Remitida de nuevo con Unidad Móvil de Emergencias (UME) y aplicándose protocolo de infarto desde ese momento la paciente permanece en observación a su llegada a hospital hasta que desde centro de salud objetivamos analítica con troponina 115. Por este motivo a la paciente no se le pudo realizar cateterismo hasta dos días después lo que agravó su pronóstico.

## Bibliografía

1. Síndrome coronario agudo. Farreras-Rozman. Medicina intensiva.
2. The electrocardiogram in the ACS patient. American Journal of Emergency Medicine.
3. Elevation acute coronary síndromes. Journal of American College of Cardiology. 2013.

4. Evolving Considerations in the management of patients with left bundle branch block and suspected myocardial infarction. Journal of American College of Cardiology. 2012.

**Palabras clave:** *Disnea. Infarto agudo de miocardio. Bloqueo de rama. Edemas.*