



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2469 - LA "URGENCIA" DE UN DOLOR DE CODO

I.M. Pérez Rogado^a, J.C. López Caro^b, J.R. Fernández Fonfría^c, F.J. Álvarez Álvarez^d, S. Conde Díez^e, C. León Rodríguez^f, M. Ruiz Núñez^g, J.M. Helguera Quevedo^h, B. del Rivero Sierraⁱ y S. Arenal Barquín^j

^aMédico de Familia. Centro de Salud Gorliz. Vizcaya. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Coto. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud General Dávila. Santander. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Nansa. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud López Albó. Colindres. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Suances. Suances. ^gMédico de Familia. SUAP Liérganes. Liérganes. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón. Ampuero. ⁱMédico de Familia. Centro de Salud Ramales. Ramales de la Victoria. ^jMédico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 27 años, alérgico fibratos y ezetimibe. AF: abuelo y hermano IAM < 30 años. AP: Fumador. No consume tóxicos. Dislipemia. Trastorno adaptativo mixto. Insomnio. Tratamiento: AINE y zolpidem 10 mg. EA: En urgencias por dolor en codo izquierdo, tres meses de evolución, tratado MAP con AINE y corticoides sin mejoría clínica e irradiado al hombro izquierdo. Dolor intermitente, no mecánico, intensidad variable, ocasionalmente parestesias hasta 4º y 5º dedos y sensación de acorchamiento en mano. No traumatismo previo, no acompaña cortejo vegetativo, limitación funcional progresiva. ECG previo: sin alteraciones. Derivado a urgencias hospital por mal control dolor.

Exploración y pruebas complementarias: TA 136/75. FC88. Tª 36,3 °C. Sat O2 98%. BEG. ACP: rítmico sin soplos ni extratonos. CC: No aumento PVY. EEII: no edemas ni signos de TVP. Exploración: dolor con movilidad de hombro y codo izquierdo. Analítica: hemograma: normal. Bioquímica: Chl 170 mg/dl, LDL 130 mg/dl, TG normales. Rx: osteopenia. ECG: Ritmo sinusal, T negativas V1 a V4. Serie enzimática: CK 992, CK-MB 9,35, Trop T 193. Ecocardiograma: aquinesia apical, función conservada sin valvulopatías. VD normal. Coronariografía: lesión grave ostial DA, se implanta stent farmacoactivo bioabsorbible, buen resultado inmediato.

Juicio clínico: CI, SCASEST de alto riesgo. Lesión monovaso. ACTP y stent recubierto en DA proximal. Función biventricular normal.

Diagnóstico diferencial: Patología osteoarticular (procesos inflamatorios de codo, cervicobraquialgia). Dolor neuropático. Trastornos depresivos. Dolor psicógeno.

Comentario final: Ante un dolor torácico atípico, necesario seguir una sistemática precisa que nos permita estratificar riesgo. Este caso, joven con factores de riesgo cardiovascular (AF cardiopatía isquémica precoz, fumador y dislipémico) importantes, ante clínica atípica para sospecha de Cardiopatía Isquémica. La edad y clínica extremadamente atípica, no cambiante, larga evolución, pueden despistar al profesional. Entre 0,7-2,7% de consultas de AP, son por dolor torácico y el

atípico constituye el 87%. Entre 15-30% de los IAM y coronariopatía tienen presentación atípica con ECG normal o anormal, pero no diagnóstico en el 10% y 40% de los casos de angina inestable e IAM, respectivamente.

Bibliografía

1. Barrabés JA, Bajardi A, et al. Pronóstico y manejo del síndrome coronario agudo en España en 2012: Rev Esp Card. 2015;68:98-116.

Palabras clave: *Dolor. Atípico. Cardiopatía. Isquémica. Coronariopatía.*