



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/665 - DOLORES QUE ENGAÑAN

V. Aranda Jiménez^a, M.J. Inurritegui Cattaneo^b, C. Correoso Pardo^c, C.L. Orozco Bello^c, A.M. Barriga García^d, A.M. Pozo Gallego^e, M. Moreno González^e, E. Marian Brigidano^e, A. Piris Villaespesa^f y A. del Caño Garrido^d

^aMédico Residente. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^bMédico Residente. Centro de Salud Cerro del Aire. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón. ^dMédico Residente. Centro de Salud Pozuelo San Juan de la Cruz. Madrid. ^eMédico Residente. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Torrelodones.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 72 años con antecedentes personales de hipertensión, diabetes mellitus, dislipemia, bocio multinodular, amaurosis fugax hace 2 años, dos episodios de trombosis venosa profunda en miembros inferiores y fibrilación auricular paroxística por lo que está anticoagulada con acenocumarol. La paciente acude por dolor en epigastrio opresivo que le ha despertado ésta noche, se acompaña de pirosis y regurgitación, con sensación de quemazón de garganta. Sin cortejo vegetativo asociado.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física presenta un abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni visceromegalias. Resto sin hallazgos. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 60 lpm. Eje normal. Sin alteraciones de la repolarización ni de la conducción. Analítica sangre: INR 1,11 R.N, troponina IC (1^a seriación): 0,10 (0-0,06). Resto normal. Radiografía tórax: índice cardiorácico conservado, elongación aórtica. Senos costofrénicos libres. Se realiza ergometría y posterior coronariografía en la que se objetiva descendente anterior con enfermedad difusa y una lesión crítica en su porción media y una circunfleja con lesión severa en la primera oblicua marginal.

Juicio clínico: SCASEST.

Diagnóstico diferencial: Dado el cuadro clínico debemos descartar patología digestiva (esofagitis, espasmo esofágico difuso, gastritis, úlcera péptica, cólico biliar o pancreatitis); patología cardiaca (infarto agudo de miocardio o pericarditis), patología osteomuscular (osteocondritis) o neurítica (neuralgia intercostal).

Comentario final: Ante un paciente con epigastralgia debemos pensar siempre en lo más frecuente (gastritis o cólico biliar). Pero dado los antecedentes de la paciente, los factores de riesgo cardiovascular y la edad no se nos puede olvidar descartar cardiopatía isquémica. De ahí la importancia de abordar pacientes en todo su contexto y no sólo síntomas clínicos.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica, 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2014.
2. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2015;68:1125.e1-e64.

Palabras clave: *Epigastralgia. Cardiopatía isquémica.*