



## 242/375 - COMORBILIDADES DERIVADAS DE HÁBITOS TÓXICOS

M. Beà Bernaus<sup>a</sup>, D. Giménez Pastor<sup>a</sup>, N. Arcusa Villacampa<sup>b</sup>, I. Villar Balboa<sup>c</sup> y R. Aparicio de Castro<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

<sup>b</sup>Médico Tutor de Medicina de Familia. CAP Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>c</sup>Médico Tutor de Medicina de Familia. CAP Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 44 años, divorciado con dos hijos que visita los fines de semana, vive con su madre. Acude al ambulatorio por astenia, labilidad emocional que el paciente atribuye a la pérdida de trabajo laboral desde hace 1 mes. Explica consumo elevado de enol, cocaína y tabaquismo activo de meses de evolución. Se prescribe antidepresivo y se deriva a Centro de Atención a las Drogodependencias. Un mes después, acude por dolor torácico opresivo, centrotorácicoEVA8/10 irradiado a espalda, de 12 horas de evolución. Se evidencia fibrilación auricular rápida con cambios eléctricos positivos para isquemia. Se activa Código IAM.

**Exploración y pruebas complementarias:** PA 78/56 mmHg, FC 150 lpm, SatO<sub>2</sub> basal 95%. ACV: arrítmico sin soplos. AR: crepitantes bibasales. ECG: ACxFA 150 lpm, elevación ST infero-lateral. Rx tórax: ICT > 0,5, redistribución vascular. Ecocardiograma: FEVE 37%, aquinesia posterior, inferior y lateral. No imágenes de trombo. Cateterismo: arterias coronarias sin lesiones. RMN cardíaca: miocardiopatía dilatada, fracción eyección severamente reducida e imagen de infarto agudo de miocardio lateral y obstrucción microvascular.

**Juicio clínico:** Varón de 44 años consumidor de cocaína, enol y tabaquismo activo que presenta síndrome depresivo y dolor torácico típico de 12 horas de evolución, se activa código IAM, coronarias sanas por coronariografía, por RMN sugiere patología microvascular, además se diagnostica de miocardiopatía dilatada con fracción eyección severamente reducida. Tras alta se realizan controles precoces para ajustar tratamiento médico, control de factores de riesgo cardiovasculares y abstinencia hábitos tóxicos.

**Diagnóstico diferencial:** Vasoespasmos. IAM. Angor pectoris. Edema agudo de pulmón. Cambios hemodinámicos secundarios a FA. Espasmo esofágico.

**Comentario final:** Es importante realizar una correcta orientación diagnóstica según antecedentes del paciente (hábitos tóxicos), clínica y exploración diagnóstica. La activación de Código IAM no debe diferir la monitorización y el tratamiento a administrar en un ambulatorio de forma precoz: doble antiagregación, oxigenoterapia si SatO<sub>2</sub> < 95%, cloruro mórfico si PA lo permite. Para evitar hospitalizaciones precoces es necesario control de factores de riesgo cardiovascular y abstinencia de hábitos tóxicos, así como actitud proactiva con la adherencia del tratamiento farmacológico al alta de hospitalización.

## **Bibliografía**

1. Sopena B, Rivera A, Rodríguez-Domínguez M, et al. Complicaciones relacionadas con el consumo de cocaína que precisaron ingreso hospitalario. *Revista Clínica Española*. 2008;208(1):12-7.

**Palabras clave:** Infarto agudo de miocardio. Hábitos tóxicos. Depresión mayor.