



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2996 - HIPERFRECUENTACIÓN POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA OCULTA

C. Fortuny Henríquez^a, A. Asensi Zapata^b, I. Mantiñán Vivanco^c, A. Fernández Serna^d, L. Gómez Ruiz^e y A. Asensi Pernas^e

^aMédico de Familia. Centro de Salud Marina. La Coruña. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Eulalia Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Betanzos. La Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 52 años con AP: HTA, DM2, dislipemia, fumador 40 paquetes año. Acude servicio urgencias atención primaria por dolor opresivo centrotorácico, irradiado miembro superior derecho de 10 horas evolución. Refiere consultas previas, dolores similares de menor intensidad, en relación con esfuerzos moderados y alivio con reposo. ECG ritmo sinusal, T negativa V3-V4. Se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. Exploración física anodina. Laboratorio general: troponinas 0,21; ECG: ritmo sinusal. Onda Q de V2 a V5. T negativa V3 -V4 aplanada en V5 y V6. Ergometría previa 2015 normal; AngioTAC previo 2017 normal por hallazgo dímero D elevado en contexto estudio dolor torácico. Ecocardiograma transtorácico: ventrículo izquierdo tamaño y morfología normal. Función sistólica conservada. FEVI 58%. VD tamaño y morfología normal, válvulas morfología y tamaño normal; Estudio hemodinámico: enfermedad coronaria angiográfica significativa de 3 vasos. Dominancia izquierda. Estenosis del 95% de DA media. Estenosis del 75% de PLI. Oclusión crónica de CD media. Se prosigue implante directo de stents farmacoactivos en DA y PLI con buen resultado angiográfico.

Juicio clínico: Cardiopatía isquémica: SCASET tipo angina inestable.

Diagnóstico diferencial: Cardiovascular (perimiopericarditis). Pulmonar (TEP, neumotórax). Digestivo (úlceras pépticas, gastritis). Osteomuscular (patología condrocostal). Neurológico (neuralgias por compresión). Psicógeno (ansiedad).

Comentario final: El dolor torácico es motivo de consulta frecuente en atención primaria, resultando que casi uno de cada 4 se debe a un síndrome coronario agudo (SCA). El elevado riesgo a corto plazo de estos pacientes exige un diagnóstico preciso y precoz. Además solo el 20% tienen alteraciones electrocardiográficas significativas. En el resto de los casos, son las características del dolor (donde la severidad de los mismos puede no guardar relación con la gravedad del episodio), es la única herramienta diagnóstica disponible para tomar la decisión más correcta. Por tanto la experiencia del médico y la expresión individual de la enfermedad en pacientes con elevado riesgo

cardiovascular, serán los que determinen el acierto diagnóstico.

Bibliografía

1. Martínez-Sellés M, Bueno H, Sacristán A, et al. Dolor torácico en urgencias: frecuencia, perfil clínico y estratificación de riesgo. Rev Esp Cardiol. 2008;61:953-9.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo (SCA).