



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/3931 - TENGO ANSIEDAD Y DOLOR EPIGÁSTRICO: SCACEST POSTEROLATERAL SUBAGUDO KILLIP III

N. Armas Sánchez^a, J. Jurado Palacios^b y D. Bastidas Yaguana^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Son Cladera. Illes Balears. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Rafal Nou. Illes Balears. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Canal de Panamá. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años, fumador de 30 cigarrillos/día, dislipemia, alcoholismo importante (actualmente bebe menos). Antecedentes de consumo aislado de anfetaminas (actualmente no). Refiere no haber consumido nunca cocaína ni otros estimulantes. Acude a consulta en múltiples ocasiones durante 2 meses por ansiedad y pánico, comenta ligera epigastralgia. Se realiza ECG, con hallazgos de significación pero paciente rechaza ir al hospital. Posteriormente acude a hospital por disnea intensa de aparición súbita de 60-90 minutos, días antes dolor epigástrico intenso sin cortejo vegetativo ni otra sintomatología acompañante que le duró aproximadamente todo el día y fue calmado tras la ingesta de antiácido, quedando posteriormente con debilidad.

Exploración y pruebas complementarias: Examen físico: afectación del estado general con taquicardia, hipertensión leve e hipoxemia con saturación de O₂ 77%, que mejora hasta 87% tras oxigenoterapia con reservorio. Gasometría arterial: pH 7,35, pO₂ 43 mmHg, pCO₂ 38 mmHg, HCO₃⁻ 20 mmol/L, lactato 1,9 mmol/L. Troponina US elevada 12.914 ng/L. ECG iniciales: bloqueo bifascicular (BRDHH + HBAIHH). En hospital: ECG: elevación del segmento ST en cara lateral. Hemodinámica: se observó enfermedad coronaria de un vaso no candidata a revascularización. Durante ingreso realiza ausencia, probable relación con abstinencia. TAC, EEG que no muestra patología aguda. ECG: Rítmico a 65 lpm con extrasístoles aisladas. BRDHH, con onda Q en cara lateral. T aplanada en cara inferior. Rx tórax 18/07/18: ICT normal con signos de redistribución vascular, sin claras condensaciones pleuroparenquimatosas. Ecocardiograma transtorácico: hipocinesia lateral apical y acinesia lateral basal. Patrón de relajación normal. IM moderada-grave con efecto coanda. IAO leve. IT leve sin signos de hipertensión pulmonar. TAPSE límite 18 mm. Raíz aórtica no dilatada. No derrame pericárdico. Ecografía pulmonar, coronariografía, ecocardiograma transtorácico.

Orientación diagnóstica: SCACEST postero-lateral subagudo KILLIP III. Enfermedad coronaria de un vaso (oclusión OM1). Síndrome de abstinencia enólica.

Diagnóstico diferencial: Gastritis. Ansiedad.

Comentario final: Buena evolución.

Bibliografía

1. Ferreira GI. Epidemiología de la enfermedad coronaria. Rev Esp Cardiol. 2014;67(2):139-44.
2. Wijns W, Kolh P, Danchin N, Di Mario C, Falk V, Folliguet T, et al. Guía de práctica clínica sobre revascularización miocárdica. Rev Esp Cardiol. 2010;63(12):1485-76.

Palabras clave: IAM. KILLIP III.