



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/2499 - IAM ANTERIOR EN PACIENTE CON ANTICOAGULANTE LÚPICO POSITIVO

B. Leal Mora^a y H. Morillas Climent^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Duanes de la Mar. Jávea. Alicante. ^bCardiólogo. Hospital Marina Salud. Dénia. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 37 años, en seguimiento por su MAP por IAMCEST anterior en diciembre de 2016. El paciente fue traído a Urgencias por dolor torácico típico, irradiado a MSI, junto con diaforesis, que había iniciado 3 horas antes de forma súbita. ECG a su llegada mostró ascenso del ST en cara anterior, por lo que se activó código infarto, objetivando oclusión aguda de ADA, sobre la que se implantó 1 stent farmacoactivo. Dada la ausencia de FRCV clásicos (HTA bien controlada con dieta) se realizó estudio de trombofilia tras el alta. La evolución en el seguimiento del paciente ha sido favorable, encontrándose en NYHA I sin nuevos eventos isquémicos. Dados los resultados del estudio de coagulación tras 1 año de doble antiagregación se sustituyó Adiro por acenocumarol, con el que continúa en la actualidad.

Exploración y pruebas complementarias: ECG: RS 90 lpm, eje 0°. PR normal, QRS fino, ascenso del ST de V1 a V4 con desarrollo evolutivo de ondas Q en cara inferior. Analítica: TnI máxima > 50 ng/ml. Cateterismo: resto de coronarias sin lesiones. Estudio de trombofilia: lúpico + en 2 determinaciones separadas por 4 meses.

Orientación diagnóstica: Infarto agudo de miocardio anterior. Enfermedad coronaria monovaso: oclusión arteria descendente anterior tercio medio, en 2016. Revascularización completa, asintomático, FEVI conservada. Estudio de trombofilia: Anticoagulante lúpico positivo. Síndrome antifosfolípido (IAM + anticoagulante lúpico). FRCV: dislipemia, bien controlada farmacológicamente junto con dieta.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio aterotrombótico

Comentario final: El IAM suele estar producido en la mayor parte de casos por ruptura de placas de ateroma. Sin embargo, se deben investigar etiologías menos frecuentes cuando la presentación es atípica. En nuestro caso, se trataba de un paciente joven sin FRCV. A pesar de que el síndrome antifosfolípido suele asociar TVP y TEP, no es excepcional la aparición de IAM como primera manifestación. Realizar dicho diagnóstico permitió iniciar acenocumarol, más eficaz que la aspirina en la prevención de nuevos eventos isquémicos.

Bibliografía

1. Marzal D, López-Sendón JL, Roldán I, et al. Tercera definición universal del infarto de miocardio. Rev Esp Cardiol. 2013;66:132.

Palabras clave: IAMCEST. Dolor torácico. Síndrome antifosfolípido. Anticoagulante lúpico.