



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/3037 - A PROPÓSITO DE UN CASO: INFARTO SILENTE

A. Ruíz Urrutia<sup>1</sup>, M. Tobalina Segura<sup>2</sup>, I. Rivera Panizo<sup>3</sup> y M. Martín Pérez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Dávila. Santander. Cantabria.

<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carmargo Interior. Muriedas. Cantabria.

<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Belén. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 86 años, fumador de 1 cajetilla diaria, obeso y DM2 de larga evolución sin cumplimiento terapéutico, que acude a consulta por presentar desde hace 1 semana, sensación de debilidad generalizada e incapacidad para la deambulacion. Niega dolor torácico, clínica infecciosa respiratoria o síndrome miccional.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente y orientado. Normohidratado y bien perfundido. Eupneico. T<sup>a</sup> 36,9 °C, TAS 150/TAD 71, FC 96 lpm, SatO<sub>2</sub> 96%. AC: arritmico con 3<sup>er</sup> tono. AP: algún crepitante en bases. EEII: sin edemas ni signos de TVP. No focalidad neurológica. Analítica: glucosa 394, urea 58, creatinina 0,54, FG > 90, GPT 56, AST 43, GGT 92, troponina ultrasensible 9176, PCR 13,4, leucocitos 11.400. Rx de tórax: índice cardiorrespiratorio normal, no pinzamiento de senos. ECG: elevación del ST en cara anterior con presencia de ondas Q. ETT: VI con disfunción severa y acinesia extensa en territorio de DA sin derrame pericárdico. Cateterismo cardiaco: DA con lesión subtotal a nivel proximal. TAC craneal: sin hallazgos patológicos.

**Orientación diagnóstica:** Infarto agudo de miocardio anterior evolucionado.

**Diagnóstico diferencial:** Ante deterioro general en un paciente diabético, habrá que descartar proceso infeccioso subyacente, hipoglucemia, cetoacidosis diabética, ictus, deterioro cognitivo.

**Comentario final:** La mayoría de los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio, tienen síntomas. No obstante en los pacientes diabéticos y sobre todo varones de mayor edad con mayor tiempo de diabetes y HbA1c más alta, pueden presentar infartos asintomáticos. La isquemia miocárdica silente definida como la evidencia de isquemia en ausencia de angina o síntomas equivalentes, es de 2-7 veces más frecuente en diabéticos, debido a trastornos en la sensibilidad al dolor debido a enfermedad microvascular. De ahí la necesidad de programas de intervención para detectar complicaciones cardiovasculares para realizar una intervención terapéutica temprana.

### Bibliografía

1. Gil-Ortega I, Kaski JC. Miocardiopatía diabética. Med Clin. 2006;127:584-945.

2. Patel N, Balady G. Diagnostic and prognostic testing to evaluate coronary artery disease in patients with type 2 diabetes. *Rev Endocrinol Metab Disord.* 2010;11;11-20.

**Palabras clave:** Infarto silente. Diabetes mellitus.