



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/458 - GASTROENTERITIS AGUDA CON ELEVACIÓN DEL ST

D. Martín Enguix<sup>1</sup>, B. Ortiz Oliva<sup>2</sup>, C. Morales Rodríguez<sup>3</sup> y M. Mené Llorente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Caleta-Albayda. Granada. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 40 años que acude a consulta del centro de salud por cuadro de hasta 5-6 deposiciones diarreicas y vómitos alimentarios de 7 horas de evolución. Refiere en la hora previa a la consulta sensación de molestia en garganta que lo asocia a un vómito. Niega dolor torácico, sensación disneica y sudoración. Ambiente epidémico en familiares de gastroenteritis. Nuestro paciente es exfumador de 15 paq/año, como antecedente destaca infarto agudo de miocardio en 2014 con stent en descendente anterior, sin disfunción del ventrículo izquierdo. En tratamiento habitual con ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg/24h, bisoprolol 2,5 mg/12h, enalapril 2,5 mg/12h, atorvastatina-ezetimiba 10-40 mg/24h.

**Exploración y pruebas complementarias:** Al llegar a consulta el paciente se encontraba algo mareado por lo que se decide realizar electrocardiograma (ECG) en el que se evidencia supradesnivelación del segmento ST en cara inferior de hasta 4 mm en II, y alteraciones del ritmo alternando extrasístoles ventriculares, con bigeminismos y rachas de taquicardia ventricular no sostenidas. Se pauta dosis de carga de AAS y perfusión de nitroglicerina a dosis bajas, sin cambios electrocardiográficos tras su inicio. Se activa traslado de Críticos y se contacta con Hemodinámica de Hospital de referencia. A su llegada al hospital el paciente refiere encontrarse asintomático, con una ligera molestia en espalda que lleva padeciendo desde hace tiempo. En ECG persisten mismos cambios que los descritos anteriormente y se solicita analítica con movilización enzimática significativa (troponina I: 691 ng/ml y después > 50.000 ng/ml). El resto de los parámetros analíticos incluyendo iones son normales. En Hemodinámica se procede a realización de angioplastia primaria en la que se observa lesión severa proximal de coronaria derecha, dónde se implanta nuevo stent.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST).

**Diagnóstico diferencial:** Ante la aparición de cuadro de cortejo vegetativo: sudoración profusa, mareo, diarrea, náuseas y vómitos es importante descartar en primer lugar causas emergentes principalmente: infarto agudo de miocardio, taquiarritmias, bradiarritmias, disección de grandes vasos, ictus o tromboembolismo pulmonar.

**Comentario final:** El SCACEST sin dolor torácico representa a un 8% del total, muchos son infradiagnosticados e infratratados. Esto supone un reto para la atención primaria ya que la detección y actuación precoz resultan vitales para la supervivencia de estos pacientes.

## **Bibliografía**

1. Brieger, D. Eagle, K. Goodman, S Acute Coronary Syndromes Without Chest Pain, An Underdiagnosed and Undertreated High-Risk Group. *Chest*. 2004;126(2):461-9.

**Palabras clave:** SCACEST Gastroenteritis Primaria.