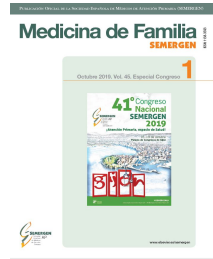




# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 424/1525 - NO TODA ODONTALGIA ES LO QUE PARECE

M. Bejarano Martín<sup>1</sup>, M. Sánchez Romero<sup>2</sup>, A. Sánchez Romero<sup>3</sup> y M. García Ortiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivar de Quintos. Sevilla. <sup>2</sup>Médico Residente de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 62 años. Antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía isquémica crónica postinfarto agudo de miocardio (IAM) con implantación de 3 stents en 2002. Acude por dolor mandibular con prioridad nivel 5. En sala de espera comienza con malestar, taquipnea y diaforesis, asociando dolor centro-torácico opresivo y palpitaciones.

**Exploración y pruebas complementarias:** Mal estado general. Consciente y colaborador. Palidez mucocutánea. Taquipneico. Tensión arterial: 80/40 mmHg. Auscultación taquicárdico. ECG: Taquicardia ventricular (TV) 190 latidos por minutos (lpm), revierte a ritmo sinusal (RS) tras cardioversión eléctrica a 200J; iniciándose pauta de amiodarona y reposición volémica. Analítica: Troponinas 14 ng/L - 89 ng/L - 377 ng/L. Creatinaquinasa 66 U/L - 171 U/L. Al ingreso, presentaba RS 80 lpm y ligera elevación ST V1-V3, T negativa en cara lateral. Ecocardiografía y RNM cardiaca: Secuelas infarto crónico arteria descendente anterior (ADA), aquinesia inferoapical y de septo. Fracción de eyección ventrículo izquierdo: 32,5%. Cateterismo: stent ADA con pérdida luminal significativa y adelgazamiento distal. Se decidió no revascularizar dada la ausencia de viabilidad con los datos obtenidos por RNM. Finalmente, se implantó desfibrilador automático implantable con evolución clínica favorable, procediéndose a alta domiciliaria.

**Orientación diagnóstica:** TV monomorfa sostenida postinfarto en paciente con infarto crónico en ADA.

**Diagnóstico diferencial:** Odontalgia, IAM. Infarto crónico.

**Comentario final:** El dolor craneofacial puede ser el único síntoma de debut del IAM, ocurriendo en 1 de cada 20 pacientes con infarto. Algunos autores han relacionado esta forma de presentación con una isquemia de cara inferior, debido a la participación del sistema aferente vagal. En nuestro caso, el dolor presentado por el paciente se orientó, primeramente y de forma errónea, a una odontalgia. Por ello, es importante una valoración adecuada de la sintomatología que puede enmascarar patología urgente como el IAM, que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz.

### Bibliografía

1. Kreiner M, Álvarez R, Michelis V, Waldestöm A, Isberg A. Craneofacial pain can be the sole

prodromal symptom of an acute myocardial infarction: an interdisciplinary study. *Acta Odontol Latinoam.* 2016;29(1):23-8.

2. Kreiner M, Álvarez R, Waldestöm A, Michelis V, Muñoz R, Isberg A. Craniofacial pain of cardiac origin is associated with inferior wall ischemia. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014;28(4):317-21.

**Palabras clave:** Infarto de miocardio. Dolor craneofacial.