



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/187 - DOLOR TORÁCICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Gómez Ruiz^a, C. Fortuny Henríquez^b, A. Fernández Serna^c, A. González Díaz-Faes^d, S. Díez Martínez^e y M.J. Arques Pérez^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Castillo Hermida/Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero/Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ^dMédico Residente de Endocrinología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^eMédico. SUAP Alisal. Cantabria. ^fMédico. SUAP Sardinero. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 44 años que acude por dolor centrotorácico, opresivo que aparece con esfuerzos medios (subir cuestas), y desaparece inmediatamente en reposo, irradiado a EESS de 2 días de evolución. Niega cortejo vegetativo, palpitaciones, disnea u otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Antecedentes personales: Sin alergias conocidas, fumador 10 cigarrillos/día, DM 2 en tratamiento con antidiabéticos orales con buen control glucémico, obesidad grado I. No antecedentes familiares de cardiopatía isquémica conocida. Exploración: sin hallazgos patológicos en exploración por aparatos. Auscultación cardiaca: rítmico, no se oyen soplos. Pruebas complementarias en el SUAP: ECG: ritmo sinusal a 75 lpm. QRS estrecho. PR normal. No alteración en la repolarización. Tratamiento. Planes de actuación en el SUAP: paciente asintomático y estable hemodinámicamente por lo que se pauta oxigenoterapia en gafas (dado que saturaba al 95% en condiciones basales), así como AAS 100, y se traslada al Hospital Marqués de Valdecilla en SVB (tras hablar con CCU). Evolución y manejo en Valdecilla: a su llegada a Urgencias permanece asintomático: T: 35,7 °C, TA: 118/80, FC: 76 lpm, FR: 18 rpm, SAT: 95%. Exploración física: anodina. Se realiza nuevo ECG: Ritmo sinusal a 75 lpm. QRS estrecho. PR normal. No alteraciones en la repolarización. Rx de tórax: bien rotada, bien inspirada, bien centrada. No pinzamiento de senos costofrénicos. No derrame. No condensaciones. Índice cardiotorácico normal. No cardiomegalia. Pruebas de laboratorio: bioquímica sin alteraciones. Hemograma normal. Seriación de troponinas cada 6 horas: 0,00-8,48-5,81. Se decide valoración por el Servicio de Cardiología: Se realiza ecoTT en la Urgencia: VI no dilatado con FE normal. Sin alteraciones de la contractibilidad segmentaria. No insuficiencia mitral. Se realiza Ingreso en Servicio de Cardiología. Se realiza estudio hemodinámico (CNG): TCI sin lesiones. DA muy ateromatosa con lesión subtotal en el segmento medio y lesión ligera en el segmento distal por lo que se implanta stent farmacoactivo en DA media. Circunfleja con lesión ligera distal. CD dominante con múltiples lesiones ligeras en el segmento medio. EcoTT tras procedimiento: HVI moderada con FE 55%. Hipoquinesia apical.

Juicio clínico: Síndrome coronario agudo. Angina de esfuerzo de reciente comienzo. Angor

inestable.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial debe incluir causas potencialmente grave (cardiopatía isquémica, disección aórtica, TEP, taponamiento cardiaco, neumotórax a tensión, volet costal) causas urgentes no vitales (pericarditis, prolapso de la mitral, derrame pleural, brote ulceroso, espasmo esofágico, fractura costal) y procesos banales (condritis, herpes zoster, ansiedad).

Comentario final: Podemos deducir de lo expuesto, la importancia de los síntomas frente a las pruebas complementarias tanto en la urgencia como en la consulta de atención primaria, la importancia de la valoración y control de los factores cardiovasculares en pacientes asintomáticos, así como la importancia del médico de atención primaria en la prevención secundaria de los eventos cardiovasculares, con el adecuado control de factores cardiovasculares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orenca A, Bailey K, Yawn BP, Kottke TE. Effect of gender on long-term outcome of angina pectoris and myocardial infarction/sudden unexpected death. JAMA. 1993;269:2392.