



204/197 - SCA DOBLEMENTE ATÍPICO

I.M. Pérez Rogado^a, A. Fernández Pérez^a, M.M. San Emeterio Barragán^a y G.L. Valdés Martín^b

^aMédico de Familia. SUAP Agüera. Castro Urdiales. ^bEnfermero. CAD Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 27 años, alérgico a fibratos y ezetimibe. AF: abuelo y hermano IAM antes a los 30 años. AP: fumador grave. No consumo de tóxicos. Dislipemia. Trastorno adaptativo mixto. Insomnio. Tratamiento habitual: AINE y zolpidem de 10 mg. Presenta dolor en codo izquierdo de tres meses de evolución. Tratado por su MAP con AINE y corticoides, sin mejoría clínica y progresando al hombro izquierdo. Es intermitente, no mecánico, de intensidad variable, ocasionalmente con parestesias desde el codo al 4^o y 5^o dedo y sensación de acorchamiento en la mano. No recuerda traumatismo previo, no se acompaña de cortejo vegetativo y, con limitación funcional progresiva. ECG previo no presenta alteraciones. Es derivado a Urgencias por mal control del dolor.

Exploración y pruebas complementarias: TA 136/75. FC88. T^a 36,3 °C. SatO₂ 98%. BEG. ACP: rítmico sin soplos ni extratonos. No aumento PVY. EEII sin edemas ni signos de TVP. Exploración articular: dolor a la movilidad de hombro y codo izquierdo. Analítica: hemograma normal. Bioquímica: colesterol 170 mg/dl, LDL 130 mg/dl. Triglicéridos normales. Rx ósea: ligera osteopenia. ECG: ritmo sinusal T negativas V1 a V4. Seriación enzimática: CK 992, CK MB 9,35, Trop T 193. Ecocardiograma: aquinesia apical y función conservada sin valvulopatías y VD normal. Coronariografía: lesión grave ostial en DA, donde se implanta un stent farmacoactivo bioabsorbible con buen resultado inmediato.

Juicio clínico: Cardiopatía isquémica: SCASEST de alto riesgo. Lesión monovaso. ACTP + stent recubierto sobre DA proximal. Función biventricular normal.

Diagnóstico diferencial: Patología osteoarticular (procesos inflamatorios de codo, cervicobraquialgia). Dolor neuropático. Trastornos depresivos ansiosos. Dolor psicógeno.

Comentario final: Ante un dolor torácico atípico es necesario seguir una sistemática precisa que nos permita estratificar el riesgo. En este caso se trata de un joven, con factores de riesgo cardiovascular (AF cardiopatía isquémica precoz, fumador y dislipémico). Importante ante una clínica atípica sospechar de Cardiopatía isquémica. En casos como éste, la edad y una clínica extremadamente atípica, no cambiante y de tan larga evolución, hace despistar al profesional. Entre el 0,7% y el 2,7% de las consultas de AP, lo son por dolor torácico. De éstas, el atípico constituye el 87%. Entre el 15 y el 30% de los IAM y enfermedad coronaria tienen presentación atípica y el ECG puede ser normal o anormal, pero no diagnóstico, entre el 10 y el 40% de los casos de angina inestable e IAM respectivamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrabés JA, Bajardi A, Jiménez-Candil J, Frutos del Nogal Sáez V, et al. Pronóstico y manejo del síndrome coronario agudo en España en 2012: estudio DIOCLES. *Rev Esp Card.* 2015;68:98-116.
2. Bueno H, Bardají A, Fernández-Ortiz A, Marrugat J, Martí H, Heras M. Manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en España. Estudio DESCARTES (Descripción del Estado de los Síndromes Coronarios Agudos en un Registro Temporal Español). *Rev Esp Card.* 2005;58:244-52.
3. Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, Marrugat J, José Cuñat J, Civeira E, Fernando Arós F, et al. MASCARA (Manejo del Síndrome Coronario Agudo. Registro Actualizado) Study. General Findings. *Rev Esp Card.* 2008;61:803-16.