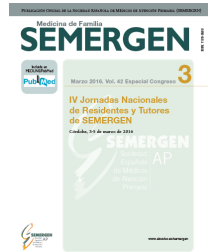




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



O-001 - SENDERISMO POSVACACIONAL

C. Bravo Lucena^a, I. Gómez Bruque, F. Soriano Gómez^b y J.J. Castro Moreno^c

^aCS Santa Rosa. ^bCS Azahara Occidente. ^cCS La Carlota.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 53 años sin AMC, fumador activo (CA 15 paq/año), hipertenso, sin otros antecedentes de interés. En tratamiento con irbesantán 300 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg. Acude a consulta de atención primaria (por primera vez) aconsejado por su hermano (que es médico) tras presentar desde hace 6 meses disnea intensa mientras realiza senderismo, al que es aficionado. Dicha disnea desaparece al detenerse. No se acompaña de palpitaciones, dolor torácico ni de cortejo vegetativo. Después de las fiestas navideñas ha retomado dicha actividad y aparece la sensación antes que en ocasiones previas. Al comentarlo con su hermano, éste le ha recomendado acudir a su médico de atención primaria.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Asintomático. TA 145/91; FC 96 lpm; Sat 97%. Afebril. ACR: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen y miembros inferiores anodinos. ECG en consulta (sin dolor): ritmo sinusal a 100 lpm. PR normal. Eje izquierdo. Q mínima en III y aVF, T negativa V3-V5. Rx tórax: no imagen de condensación ni derrame. ICT normal. Derivamos a urgencias de hospital de referencia con analítica. Hemograma: serie roja, blanca y plaquetas dentro de los parámetros de la normalidad. Bioquímica: glucosa 101, urea 40, creatinina 0,9, Na 136, K 4,7, troponina I 1,19 (1ª determinación) -1,25 (segunda determinación). Coagulación normal.

Juicio clínico: Angina inestable.

Diagnóstico diferencial: Angina secundaria a estenosis aórtica o miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Dolor de origen digestivo: (esofágico). Dolor costochondral: síndrome de Tietze: dolor e hinchazón de las articulaciones costochondrales. Pericarditis: aumenta con la respiración y no se alivia con nitroglicerina. Dolores musculares: pocos minutos de duración relacionados con situaciones de ansiedad.

Comentario final: El paciente ingresa en Cardiología desde Urgencias. Cateterismo: fase diagnóstica: se observan lesiones crónicas y agudas, fase terapéutica: se colocaron 6 stent. Ecocardiografía: FE conservada. Actualmente visita habitualmente a su médico de atención primaria, es revisado anualmente en cardiología, ha perdido 10 kg de peso y ha dejado de fumar. Además, presenta mejor control de las cifras de TA. Estamos ante un caso de síndrome coronario que se presenta sólo con disnea ante el ejercicio intenso, apareciendo en las últimas semanas con el ejercicio menos intenso. Este paciente estaba siendo tratado de la HTA con una pastilla prescrita por

su hermano de manera no sistemática. Si hubiera acudido a su médico de atención primaria con los primeros síntomas, quizá el cuadro hubiera sido menos grave. Es fundamental promover la visita al médico de cabecera de manera habitual para prevención primaria (control de factores de riesgo cardiovascular) así como diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, et al. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Elsevier. 2015.
2. García-Gil D, et al. Terapéutica Médica en Urgencias, 3ª ed. Panamericana. 2013:42-52.
3. Fortuny E, Núñez I, García-Rubira JC, Ruiz B, Ibáñez B, Gonzalo N, Vives D, et al. Relevancia clínica del tratamiento farmacológico completo precoz en el pronóstico del síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Emergencias. 2011;23:461-7.