

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Dolor torácico en urgencias

Sánchez Vico AB¹, Sánchez Vico M³D², Castillo Díaz R³

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ZBS. Andújar. AGS Norte de Jaén

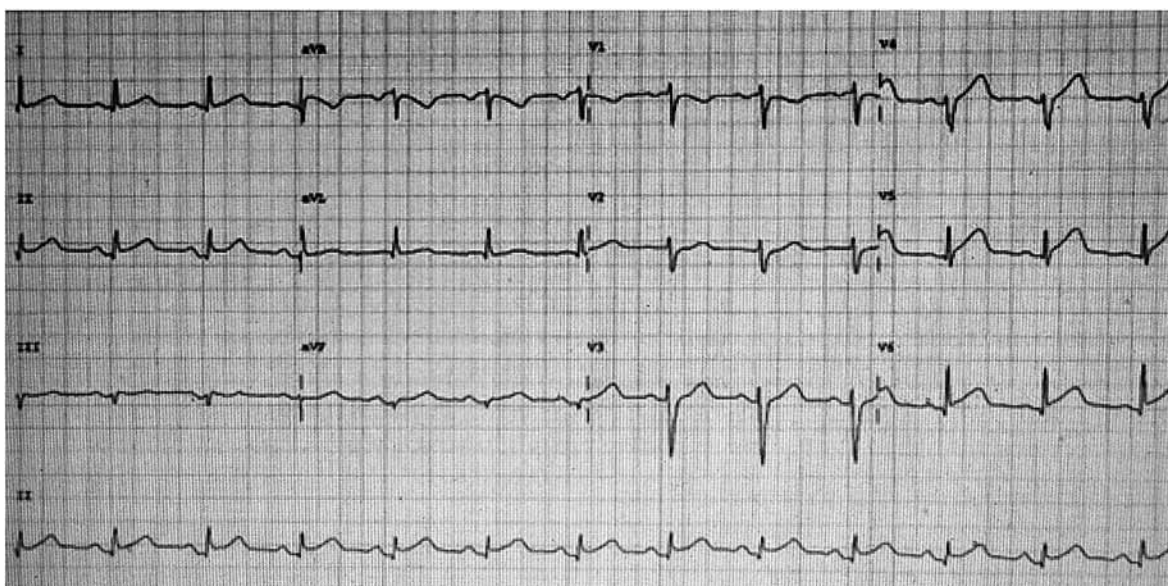
²Enfermera. UGC Urgencias Hospital San Agustín de Linares (Jaén)

³Enfermero. UGC Urgencias Hospital San Agustín de Linares (Jaén)

Mujer de 60 años, con antecedentes personales de obesidad grado 1 e hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril 20 mg/día. Después de conocer que su hijo había tenido un accidente de tráfico, comenzó con un cuadro de dolor precordial opresivo intenso de aproximadamente unas 2 horas de evolución, irradiado al brazo izquierdo, con cortejo vegetativo, sin disnea y sin modificación con los movimientos posturales ni respiratorios, motivo por el cual solicitó asistencia urgente en el servicio de urgencias de atención primaria.

A la exploración física se aprecia paciente muy angustiada, con estado general conservado, afebril, consciente, orientada y colaboradora, auscultación cardíaca y pulmonar normal, sin ingurgitación yugular, abdomen sin dolor y el resto de la exploración física anodina. Tensión Arterial: 155/70 mmHg. Frecuencia cardíaca: 70 latidos por minuto. Saturación de O₂: 98%. Tras la anamnesis y exploración física, se le realizó un electrocardiograma:

Imagen. Electrocardiograma realizado a la paciente con dolor torácico



En el electrocardiograma se apreciaba un ritmo sinusal a unos 70 latidos por minuto con pequeña elevación de ST en V4-V6 y II (sin imagen especular).

Ante la sospecha de dolor torácico de origen coronario, se procedió con medidas de soporte y se le administró un comprimido de Alprazolam 0,5mg vía oral, 1 comprimido de Nitroglicerina 0,4mg sublingual que se repitió a los 5 y a los 10 minutos (con electrocardiograma sin cambios), 2 mg de Morfina IV y doble antiagregación con 300 mg de Ácido Acetilsalicílico más 300 mg de Clopidogrel. Así mismo se procedió a traslado asistido al Hospital de referencia, donde se realizaron determinaciones analíticas (incluyendo hemograma, bioquímica y estudio de coagulación) que resultaron normales, excepto leve elevación de Mioglobina (70 ng/ml) y de Troponina I (0,90 microgramos/L). El electrocardiograma realizado en el Hospital no evidenció cambios ni nuevos hallazgos y la radiografía de tórax no mostraba imágenes patológicas.

Con estos resultados, la paciente fue ingresada a cargo del servicio de Cardiología.

Se le realizó una ecocardiografía donde se objetivó una aquinesia de los segmentos medio apicales

con hipercontractilidad de los segmentos basales. En la coronariografía se apreciaba ventrículo izquierdo no dilatado con hipoquinesia moderada del segmento medio anterolateral, resto de segmentos con contractilidad conservada y FEVI (Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo) conservada, así como arterias coronarias epicárdicas sin estenosis angiográficas significativas.

La evolución fue favorable. La ecocardiografía de control a las 4 semanas evidenció la mejoría de la alteración de la contractilidad con ventrículo izquierdo normal y fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada.

¿Cuál es el diagnóstico de esta paciente?

- A. Infarto agudo de miocardio.
- B. Angina variante o de Prinzmetal.
- C. Miocardiopatía inducida por estrés o síndrome de tako-tsubo.
- D. Miocarditis.
- E. Miocardio aturdido.