

Presentación atípica de síndrome coronario agudo en paciente joven

Atypical presentation of acute coronary syndrome in young patient

María Sierra Girón Prieto¹, Gema García Prieto², Margarita Martínez-Zaldivar Moreno³

¹ Médico de Familia. C.S Atarfe. Distrito Metropolitano-Granada

² Grado en Enfermería

³ Médico de Familia. C.S Atarfe. Distrito Metropolitano-Granada

Estimado editor:

En el Síndrome Coronario Agudo (SCA) el síntoma cardinal es el dolor torácico opresivo, retroesternal, irradiado a cuello, mandíbula o miembro superior izquierdo y/o asociado a náuseas o vómitos pero en ocasiones tiene presentaciones atípicas (localizado en epigastrio, carácter punzante, características pleuríticas o dolor en brazos). El caso clínico que se presenta enfatiza la necesidad de no obviar las presentaciones atípicas para realizar un diagnóstico precoz y un correcto abordaje de la patología (1).

Paciente de 28 años de edad que consulta de madrugada en el servicio de urgencias extrahospitalarias por dolor intenso desde la noche anterior en ambos tríceps que no cedía a analgesia con antiinflamatorios no esteroideos. Como antecedentes personales destacan obesidad tipo I, hipertensión arterial en tratamiento con enalapril con buen control y fumadora 1 paquete al día. El día anterior había estado realizando sobreesfuerzo en domicilio. A la exploración presentaba miembros superiores con dolor a la palpación de ambos tríceps y ambos trapecios sin apreciarse contractura muscular y exploración neurovascular distal normal. Resto de la exploración neuro-

lógica, cardiorespiratoria, abdominal y miembros inferiores normal. Presentaba las siguientes constantes: tensión arterial: 150/100, frecuencia cardíaca: 84, saturación de Oxígeno: 99%, glucemia:124. Durante la exploración clínica comienza con labilidad emocional, incremento del dolor y empeoramiento del estado general con náuseas y vómitos y sensación de opresión torácica. En este momento se canaliza vía venosa periférica con analgesia (paracetamol, dexketoprofeno, metoclopramida y tramadol subcutáneo) además de captopril 25 y nitroglicerina 0.4 sublingual y se realiza electrocardiograma (figura 1) objetivándose ritmo sinusal, 70 latidos por minuto sin alteraciones agudas de la repolarización. Se realizan electrocardiogramas seriados sin evidenciarse cambios en los mismos con dolor y sin dolor referido por la paciente.

El diagnóstico diferencial debe incluir principalmente en esta paciente dolor osteomuscular, dolor torácico, Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST (SCASEST), disección aórtica y pericarditis. Se procede a su traslado hospitalario para estudio con pruebas complementarias siendo ingresada en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras presentar elevación de marcadores cardíacos (troponina I y mioglobina) estableciéndose diagnóstico

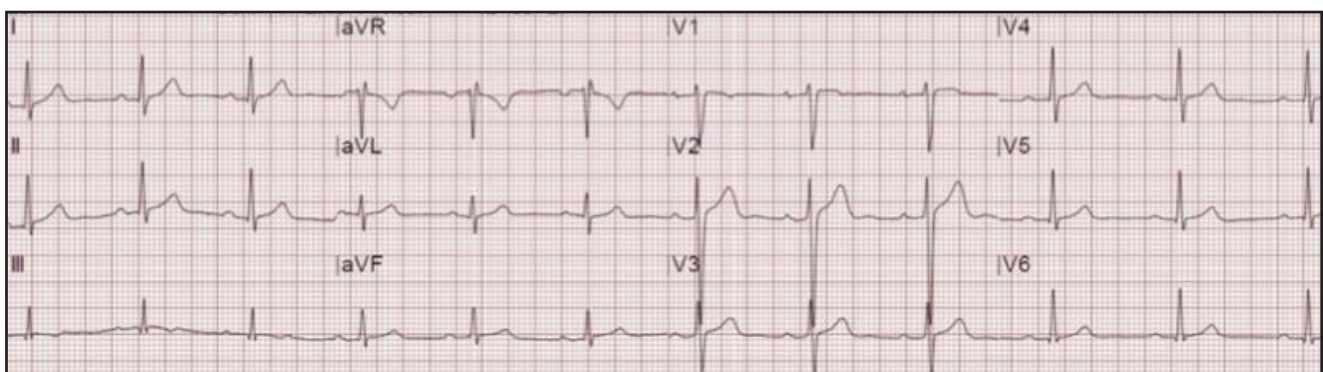


Figura 1

de SCASEST. Permanece allí durante 3 días y posteriormente fue estudiada por Cardiología y por Hematología para descartar trastornos hematológicos subyacentes con posterior seguimiento en Atención Primaria para control de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV).

Las manifestaciones clínicas atípicas en los pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) se explican por una estimulación nerviosa de fibras simpáticas y parasimpáticas asociadas a la isquemia cardiaca. Cuando el Síndrome Coronario Agudo (SCA) cursa con este tipo manifestaciones como el caso presentado u otros publicados en la literatura con otalgia bilateral y odinofagia (1) supone un reto diagnóstico para el médico. Además recientemente se ha descrito una mayor dificultad para el manejo clínico de mujeres jóvenes con SCA en ausencia de dolor precordial y que cursa con ansiedad (2).

Hay que valorar al paciente en su conjunto para detectar presentaciones atípicas de patologías frecuentes como este caso (SCASEST) y sin cuyo manejo integral y rápido diagnóstico hubiera dificultado la buena evolución del mismo. A pesar de tratarse de una paciente joven, los FRCV y la clínica que presentaba debían ser tenidos en cuenta en la evaluación diagnóstica (3).

REFERENCIAS

1. Ocak U, Avşaroğulları L, Kaya MG, Özmen Y, Taşlıdere B, Güldeste EA, Yakar Ş. Acute coronary syndrome presenting with earache and sore throat. *Am J Emerg Med.* 2014 May;32(5):487.e5-6
2. Pelletier R, Humphries KH, Shimony A, Bacon SL, Lavoie KL, Rabi D, Karp I, Tsadok MA, Pilote L; GENESIS-PRAXY Investigators. Sex-related differences in access to care among patients with premature acute coronary syndrome. *CMAJ.* 2014 Apr 15;186(7):497-504.
3. Shaw LJ. Why global risk scores fail to detect at-risk young women and men with acute coronary syndromes. *Can J Cardiol.* 2014 Jan;30(1):12-3.