

NOTA CLÍNICA

Gac Med Bilbao. 2021;118(3):173-177



Síndrome coronario agudo (SCA) como diagnóstico diferencial en el RGE: a propósito de un caso

Merino-Chaves Jesús^{a,b}, Zaldua-García Andrea^{a,b}, Orokieta-Rincón Oihane^b, Varona-Peinador Mercedes^b

(a) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto. Centro de Salud de San Adrián. Bilbao, España

(b) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao, España

Recibido el 01 de octubre de 2020; aceptado el 13 de marzo de 2021

Resumen:

El dolor torácico agudo no traumático puede definirse como toda sensación álgica de instauración reciente localizada entre diafragma y fosa supraclavicular. Es una consulta habitual en urgencias y atención primaria y requiere una correcta interpretación de la etiología y del significado de este síntoma. Además, hay poca correlación entre la intensidad del dolor torácico y la gravedad del proceso causal. En el presente trabajo se presenta el caso de una mujer de 62 años con antecedentes de tabaquismo (20cig/día), HTA en tratamiento con amlodipino, dislipemia tratada con simvastatina, síncope diez años antes que requirió ingreso con estudio de cardiopatía sin hallazgos y claudicación intermitente en seguimiento por cirugía vascular.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PALABRAS CLAVE

Síndrome Coronario Agudo.
Reflujo gastroesofágico.
Epigastralgia.
Dolor torácico.
Diagnóstico.
Caso Clínico.

Síndrome koronario akutua (SCA) RGEko diagnostiko diferentzial gisa: kasu bati dagokionez

Laburpena:

Min toraziko akutua ez-traumatikoa honela defini daiteke: diafragmaren eta labikuz gaindiko hobiaren artean berriki ezarritako ezarpenaren sentrazio algiko oro. Ohiko kontsulta da larrialdietan eta lehen mailako arretan, eta sintoma horren etiología eta esanahia behar bezala interpretatzea eskatzen du. Gainera, korrelazio gutxi dago bularraldeko minaren intentsitatearen eta kausa-prozesuaren larritasunaren artean. Aurrekari hauek dituen 62 urteko emakume bat da: tabakismoa (20cig/egun), HTA amlodipinoarekin tratamenduan, sinbastatinarekin tratatutako dislipe-

GILTZA-HITZAK

Koronario-síndrome akutua.
Errefluxu gastroesofágico.
Epigastralgia.
Min torazikoa.
Diagnostikoa.
Kasu klinikoa.

mia, 10 urte lehenago ospitaleratzea eskatu zuen, kardiopatia-azterketarekin, aurkikuntzarik gabe, eta aldizkako amore ematea kirurgia baskularren jarraipenean.
© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

KEYWORDS

Acute Coronary Syndrome.
Gastroesophageal reflux.
Epigastralgia.
Chest pain
Diagnosis.
Clinical case.

Acute Coronary Syndrome (ACS) as a Differential Diagnosis in GER: A Case Report

Abstract:

Acute non-traumatic chest pain can be defined as any newly onset pain sensation located between the diaphragm and the supraclavicular fossa. It is a common consultation in emergencies and primary care and requires a correct interpretation of the etiology and meaning of this symptom. Furthermore, there is little correlation between the intensity of chest pain and the severity of the causal process. This is a 62-year-old woman with a history of smoking (20cig/day), hypertension under treatment with amlodipine, dyslipidemia treated with simvastatin, syncope 10 years earlier who required admission with a study of heart disease without findings and intermittent claudication in follow-up for vascular surgery .

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Introducción

A menudo, quienes trabajamos en Atención Primaria y en las Urgencias hospitalarias, atendemos a pacientes que presentan sintomatología muy diversa.

En ocasiones, los síntomas son muy inespecíficos y poco claros, lo que nos obliga a expresar nuestra capacidad de interpretación para poder plantear una serie de diagnósticos diferenciales que nos ayuden a orientar el estudio del caso.

En otras ocasiones, se nos plantean situaciones en las que el paciente expone uno o varios síntomas que nos orientan a una patología de forma más o menos evidente. Incluso en estas situaciones, es importante plantear un diagnóstico diferencial porque, como bien sabemos, nuestro organismo es una “maquinaria” de una complejidad inmensa y, además, la percepción de síntomas, como por ejemplo el dolor, conllevan una interpretación subjetiva por parte de quien lo padece, lo que nos puede llevar a darle diferentes enfoques diagnósticos. Un claro ejemplo de esto son la epigastralgia y el reflujo gastroesofágico (RGE).

El dolor torácico agudo no traumático puede definirse como toda sensación álgica de instauración reciente localizada entre diafragma y fosa supraclavicular. Es una consulta habitual en urgencias y atención primaria y requiere una correcta interpretación de la etiología y del significado de este síntoma¹. Además, hay poca correlación entre la intensidad del dolor torácico y la gravedad del proceso causal².

El diagnóstico del RGE, en la mayoría de los casos, suele basarse en dos síntomas clave: pirosis y regurgitación. Sin embargo, los pacientes nos pueden referir síntomas como tos crónica, disfonía o náuseas, e incluso un dolor torácico inexplicable que debe obligarnos a descartar un SCA con realización al menos de un electrocardiograma (ECG) y, en caso de duda, una prueba de esfuerzo u otras más específicas³.

La sensación de ardor suele hacer pensar en patología esofágica. El perfil clínico de dolor torácico esofágico puede tener similitudes con el dolor isquémico aunque suele ser de instauración más brusca, puede desencadenarse tras ingestas o de forma espontánea y puede asociar náuseas, vómitos o pirosis.

Puede mejorar con nitratos (como el dolor isquémico) aunque a diferencia de este suele ceder con antiácidos/antisecretores⁴.

Con respecto al SCA, como sabemos, el cuadro típico es el dolor torácico opresivo irradiado a brazo izquierdo, cuello, mandíbula o escápula, acompañado de cortejo vegetativo y con mejoría tras el reposo o tras la toma de nitratos. Sin embargo, en más del 20% de los casos no se manifiesta como este cuadro típico, ocurriendo así más frecuentemente en ancianos, mujeres, diabéticos, pacientes con demencia e insuficiencia renal⁵. Dentro de esa atipicidad, se encuentra la disnea, palpitaciones, mareo o síncope producido por ejemplo por arritmias graves. Además, en mayores de 65 años es característico que refieran síntomas digestivos, como pirosis, RGE o epigastralgia y hasta un 20-50% pueden presentar una isquemia silente⁶.

Es importante la valoración de la forma de inicio, la duración, la comparación con episodios previos, los síntomas asociados y la respuesta a nitroglicerina sublingual⁷.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 62 años con antecedentes de tabaquismo (20cig/día), HTA en tratamiento con amlodipino, dislipemia tratada con simvastatina, síncope diez años antes que requirió ingreso con estudio de cardiopatía sin hallazgos y claudicación intermitente en seguimiento por cirugía vascular.

Acude al servicio de urgencias por sensación de reflujo gastroesofágico y pirosis que asciende hasta

garganta/cuello de 24 horas de evolución que mejora con bicarbonato oral. Había presentado episodios similares previos en el pasado por los que no había consultado. Niega clínica anginosa, disnea de decúbito, ni clínica vegetativa asociada. Previo a acudir a urgencias había consultado con su médico de cabecera que, ante los síntomas expresados por la paciente, pautó un IBP y le recomendó medidas antirreflujo.

La exploración física resulta anodina con auscultación cardíaca rítmica y sin soplos, FC 60 lpm, tensión arterial normal y auscultación pulmonar sin hallazgos.

Se solicita ECG, analítica con marcadores de daño miocárdico (tras hallazgos en ECG), Rx de tórax y abdomen. Además, se indica tratamiento con pantoprazol y paracetamol. Figura 1.

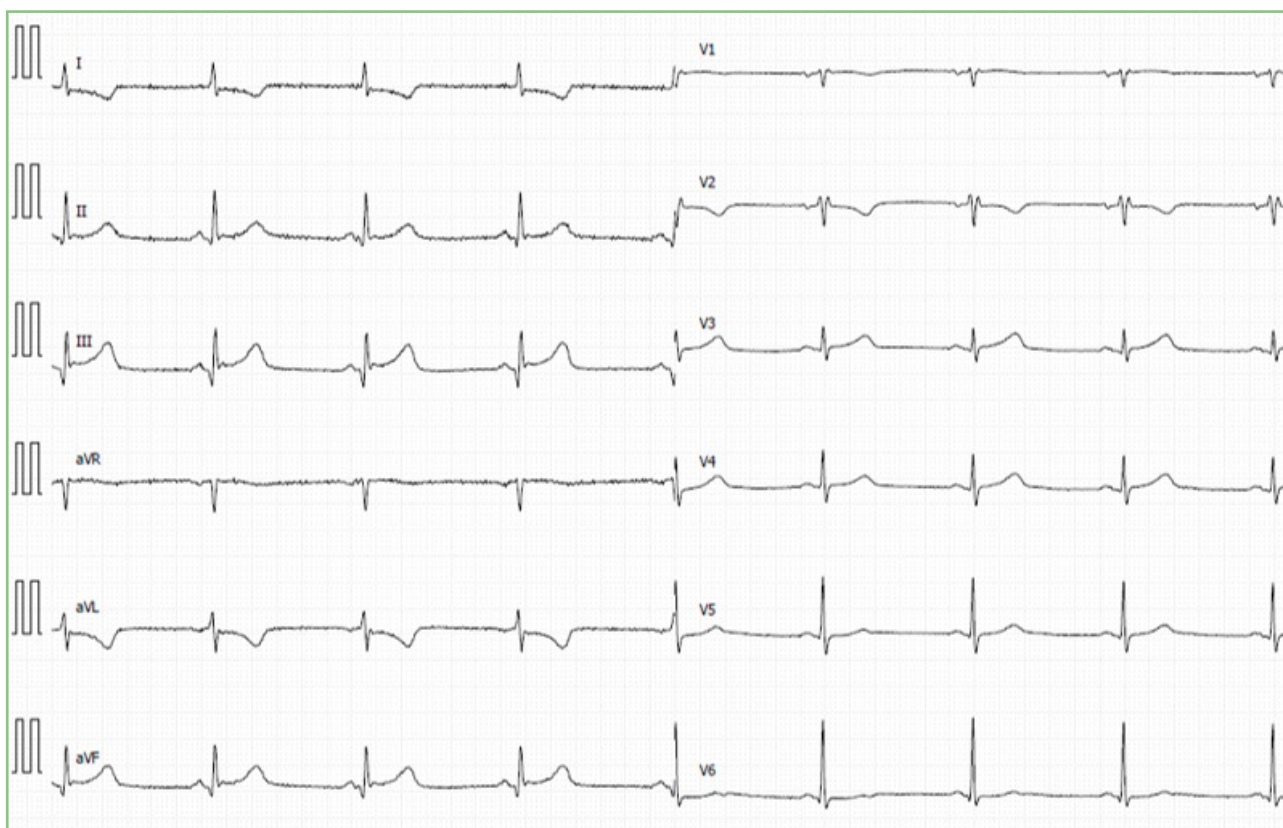


Figura 1. Resultado del primer ECG.

ECG: RS a 49 lpm. Normoeje. PR normal. BIRDHH. Ascenso ST en III y ascenso <1mm en aVF. T negativa en I. Q en DIII.

Analítica: glucosa 119, GPT 61, PCR 5.21, CK 694, LDH 262, Troponina T US 431, resto sin alteraciones. Se realiza curva enzimática a las dos horas: CK 940, troponina T 805.

Rx tórax: no cardiomegalia, ni derrame pleural ni condensaciones.

Se contacta con el servicio de Cardiología que, tras valoración, deciden realizar cateterismo urgen-

te, objetivando una lesión crítica a nivel de CD media, donde se implanta un stent farmacoactivo y se inicia de doble antiagregación con AAS y ticagrelor.

Realiza pico enzimático máximo tras procedimiento con CK 1331, troponina T US 3442.

Tras coronariografía, la paciente entra en fibrilación auricular de novo con RV controlada que pasa a ritmo sinusal de forma espontánea. Se calcula CHA2DS2-VASC con resultado de tres y se decide anticoagulación crónica con apixaban, y cambio de ticagrelor a clopidogrel. Figura 2.



Figura 3. ECG un mes después.

7. Torres Murillo JM, Jimenez Murillo H, Degayón Rojo H, Romero Moreno MA, Suárez de Lezo Cruz-Conde J, Montero Pérez FJ. Síndrome coronario agudo. Me-

dicina de urgencias y emergencias. 4^a edición. Barcelona 2010. P 207-219.