

Paciente femenino con dolor precordial

Muños Orozco Patricia[□]

Paciente femenina de 54 años. Trabajó como mesera en un restaurante; antecedentes de hipertensión arterial sistémica con 13 años de evolución y *Diabetes mellitus* con cuatro años de evolución, sedentaria. Tabaquismo: dos a cuatro cigarros al día desde hace cinco años. Acudió a urgencias y refiere que una hora antes, al estar limpiando las escaleras de su casa, presentó dolor retroesternal, opresivo, intenso, súbito, irradiado a brazo izquierdo, acompañado de diaforesis, con duración de 30 minutos. Mencionó que el dolor disminuyó después de tomar una aspirina y reposar, pero no cesó, por lo que acudió al médico, aún con dolor, diaforética, pálida, y asistida por familiares pues presentaba mareos y disnea. TA 140/90, FC 90 por min. FR 32 por min. Peso 96 kg. Talla 1.59 m.

e) Hipocalcemia, hiponatremia, enzimas cardíacas normales

Respuestas, pase a la pág. 71

1. De acuerdo con la sintomatología, el diagnóstico más probable es:

- a) Esofagitis
- b) Aneurisma de la aorta
- c) Infarto agudo de miocardio
- d) Tromboembolia pulmonar
- e) Osteocondritis

2. Para confirmar este diagnóstico usted solicita:

- a) Serie esófago gastroduodenal
- b) Angiografía pulmonar
- c) Tele de torax
- d) Electrocardiograma y enzimas cardíacas
- e) Endoscopia y biopsia gástrica

3. De acuerdo con el estudio solicitado, usted espera encontrar:

- a) Cambios en el epitelio esofágico
- b) Obstrucción del flujo de las arterias pulmonares
- c) Arco aórtico prominente, flujo pulmonar aumentado, horizontalización de arcos costales
- d) Cambios electrocardiográficos del segmento ST en dos derivaciones contiguas y elevación de enzimas cardíacas
- e) Todos los estudios normales por el tiempo de evolución

4. Al recibir los exámenes de laboratorio, lo más probable es que usted encuentre:

- a) Leucocitosis, anemia, hiponatremia
- b) Troponina I, CPK MB, mioglobina elevadas
- c) Colesterol, triglicéridos normales
- d) Troponina I, CPK disminuidas

[□]Unidad de Medicina Familiar
No. 62, IMSS

Correspondencia:
dra_pmuno@hotmai.com

Aten Fam 2009;16(4-5):66-67.

Paciente femenino con dolor precordial

Muñoz Orozco Patricia

Debe mencionarse que el electrocardiograma presentó desnivel positivo del segmento ST en v1, v2, v3, v4. Por lo que se consideró que el paciente tenía un infarto diafragmático.

En la actualidad las enfermedades cardiovasculares ocupan la primera causa de muerte en México. 78% de las muertes por cardiopatía isquémica se deben a infarto agudo al miocardio.

El gran impacto y repercusión social y económica para la sociedad es que el promedio de vida de las personas que fallecen por enfermedades del corazón es de 54 años.

El tabaquismo es el factor modificable más importante para la cardiopatía isquémica; mata a seis millones de fumadores por año, los signos de adicción se deben a la nicotina. El mecanismo por el cual favorece la aterosclerosis es que la nicotina es un potente estímulo de vasoconstricción y agregación plaquetaria, aumenta el fibrinógeno y la adhesión de monocitos a las células endoteliales, favorece la oxidación de la LDL y disminuye la HDL. Además, disminuye la liberación de óxido nítrico del endotelio, lo que altera la vasodilatación mediada por éste. Corregir este factor de riesgo puede disminuir hasta en 60% las posibilidades de un evento coronario agudo.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica no trasmisible del adulto con la mayor prevalencia mundial en ascenso. La prevalencia nacional promedio para hipertensión en México es de 30.05%. Diversos estudios prospectivos han demostrado que el tratamiento adecuado con reducción sostenida de la presión arterial reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular.

El estudio epidemiológico realizado en la ciudad de Framingham reveló la asociación entre hipertensión arterial, tabaquismo e hipercolesterolemia con mayor proporción de muerte cardiovascular.

La prevalencia de los factores de riesgo en México es de: hipertensión arterial 30%,

hipercolesterolemia 27.1%, *Diabetes mellitus* 10.7%, obesidad 24.4%, tabaquismo 36.6%, sedentarismo 55% y síndrome metabólico 13.6 por ciento.

La presentación del infarto agudo de miocardio puede ser a cualquier hora del día aunque existe una mayor frecuencia de eventos entre las 6:00 y las 12:00 hs del día. Dicha relación circadiana ya ha sido comentada atribuyéndose al incremento del tono simpático y a la tendencia trombótica durante las primeras horas de la mañana. Se ha documentado que en los pacientes con infarto existe una causa precipitante en el desarrollo clínico del evento. Tal situación con frecuencia se debe a estrés emocional, esfuerzo físico intenso, todos ellos tienen un componente adrenérgico significativo.

El síntoma cardinal del infarto agudo de miocardio es el dolor. Este por lo general tiene una duración mayor de 20 minutos, es opresivo retroesternal, se acompaña de fenómenos neurovegetativos tales como náusea, vómito, diaforesis fría y profusa, así como disnea, ansiedad y debilidad. Esta es la presentación habitual, sin embargo existen variantes, incluso se puede presentar sin dolor. Frecuentemente se confunde con trastornos gastrointestinales.

El paciente con infarto agudo del miocardio habitualmente se encuentra inquieto, pálido, con diaforesis fría y profusa especialmente en la primera hora, la frecuencia cardíaca y la presión arterial pueden estar normales.

De acuerdo con los criterios de la OMS para infarto y la redefinición de la European Society of Cardiology/American College of Cardiology, los datos electrocardiográficos considerados sugestivos de infarto son cambios del segmento ST o aparición de ondas Q en dos derivaciones contiguas. Ya que los cambios electrocardiográficos preceden a las manifestaciones clínicas y a la elevación de marcadores de necrosis miocárdica, se consideran el único elemento inmediato que

apoya el diagnóstico clínico. La presencia de la onda T invertida en DII, DIII y AVF suele asociarse a isquemia inferior.

En los exámenes de laboratorio, la detección más temprana se hace con la mioglobina, ya que se identifica en suero desde la hora y media del evento isquémico; tiene buena sensibilidad pero baja especificidad, las troponinas (I y T) se detectan a las dos y cuatro horas; su sensibilidad y especificidad es mejor que cualquier marcador de daño celular, el mejor momento para su detección es entre la 1 y las 18 hs de evolución; la CPK MB tiene menor especificidad que las troponinas pero es de gran ayuda por su adecuada sensibilidad en las primeras 12 hs.

La radiografía de tórax ayuda a identificar complicaciones durante la secuencia radiológica como derrame pleural por la presencia de borramiento de los ángulos diafragmáticos.

El ejercicio es un estrés fisiológico común utilizado para evocar anomalías cardiovasculares no presentes en el reposo y para determinar la aptitud de la función cardíaca. La electrocardiografía de esfuerzo es una de las más frecuentes modalidades no invasivas empleadas para evaluar pacientes con enfermedad cardiovascular sospechada o comprobada, la prueba es utilizada para estimar el pronóstico y para determinar la capacidad funcional, la probabilidad y la extensión de la enfermedad coronaria.

Bibliografía

1. Braunwald E, Zipes D, Libby P. Braunwald's Cardiología. El libro de medicina cardiovascular. 6ª.ed. Marban Libros, S.L. 2004;155.
2. Ruesgo Zamora EA, Jauregui Aguilar R, Saturno Chiu G. Cardiología. 1ª.ed. El manual moderno. 2005;479-490,535-600.

Respuestas

- 1.c
- 2.d
- 3.d
- 4.b