Síndrome coronària aguda en una pacient de 23 anys d'edat

Xavier López-Altimiras, Roger Bisbal
Unitat de Semicrítics-Servei d'Urgències. Hospital de Mollet.

CORRESPONDÈNCIA
Nom de l'autor: Roger Bisbal Lloc de treball: Hospital de Mollet
mail: eliodoro_3@hotmail.com
Data recepció: 12.10.2015 Data acceptació: 26.10.2015
Forma de citació: López-Altimiras X, Bisbal R. *Síndrome coronària aguda en una pacient de 23 anys d'edat.* ReMUE.c@t 2016;3(1):37-38
Available at http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=5137

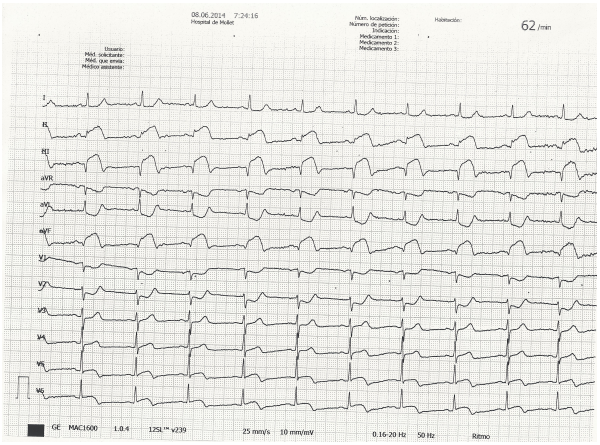
Motiu de consulta
Pacient de 23 anys d'edat sense hàbits tòxics ni al·lèrgies conegudes, que consulta per dolor toràcic.

Antecedents d'interès
Anèmia ferropènica. Pneumònia comunitària. Malaltia intersticial pulmonar granulomatosa necrotitzant amb PPD marcadament positiu compatible amb tuberculosi.

Malaltia actual
Pacient que a les 24h de donada d'alta asimptomàtica de l'ingrés a un altre centre on es diagnostica de la tuberculosi pulmonar, presenta episodis intermitents de dolor toràcic precordials amb irradiació a EESS . A última hora de la tarda sensació d'opressió toràcica, amb vegetatisme acompanyant, persistent i pel que consulta a Urgències.

Exploració física
Mal estat general amb signes de deficient perfusió perifèrica i livideses generalitzades.

Exploracions complementaries
Electrocardiograma que mostra un ritme sinusal amb elevació del segment ST a la cara inferior.



Diagnostic diferencial a urgències
Síndrome coronaria aguda.

Evolució clínica i probes complementàries fora d'urgències
Just a l'arribada i després d'una valoració inicial ràpida que objectiva un estat de deficient perfusió perifèrica i la realització del ECG, la pacient entra en situació d'aturada cardio respiratòria amb ritme de fibril·lació ventricular que es desfibril·la dues vegades, passant la pacient a asistòlia. Es mantenen maniobres de RCP avançada i es tracta amb fibrinòlisi emergent, fet que perllonga les maniobres fins a més enllà de l'hora, però en cap moment malgrat les mesures aplicades la pacient recupera pols i finalment és èxitus. Es sol·licita estudi necròpsic que informa d'una

neumonitis granulomatosa necrotitzant afectant al lòbul superior esquerre així com una limfadenitis granulomatosa necrotitzant en territoris adjacents, troballes compatibles amb una tuberculosi. La PCR ha estat positiva per a *Mycobacterium tuberculosis.* També s'ha observat una marcada vasculitis no granulomatosa afectant predominantment a les artèries coronàries, com també a artèria esplènica i de manera focal i segmentària a branques de la artèria hepàtica i bronquials.

Diagnòstics finals

Síndrome coronaria aguda
Poliarteritis nodosa amb afectació coronària
Aturada cardiorespiratoria secundaria a SCA
Tuberculosi pulmonar

Discussió

Presentem un cas de síndrome coronària aguda d'evolució fatal en una pacient jove en el context d'una poliarteritis nodosa. La síndrome coronària aguda en pacients joves és rara, entre el 0,4-19% segons l'edat que defineix el límit de pacient jove, habitualment menys de 45 anys. El tabaquisme actiu, dislipemia, excés de pes i factors de risc familiars solen estar presents. L'etiologia ateroscleròtica és la més habitual, però les etiologies atípiques arriben fins al 37% dels casos segons una recent revisió(1), i inclouen trombofilia hereditària, cocaïna i vasculitis. La presentació mes típica és el dolor toràcic. La forma mes freqüent és el SCA amb elevació del segment ST amb afectació focal d'un sol vas. El pronòstic generalment és bo amb menys d'un 10% de mortalitat., responent be a la angioplàstia percutània la majoria dels casos. Cal fer el diagnòstic diferencial amb la miopericarditis i el vasoespasme per cocaïna, entitats que poden semblar un SCA però sense lesions coronaries.

La panarteritis nodosa és una vasculitis que afecta vasos de mitjà calibre, afecta mes a dones de mitjana edat, involucrant sobretot cor i ronyons. El quadre clínic consisteix en un síndrome tòxic i febrícula vespertina, presents en el nostre cas, amb clínica multisistèmica (restrenyiment, dolor abdominal, poliartritis, nàusees, mononeuritis, insuficiència renal, entre d'altres). La HTA és la manifestació mes freqüent a nivell cardiovascular, seguit de la afectació coronaria.

La nostra pacient presentà a mes una TBC pulmonar, si be l'afectació cardíaca és rara en la TBC i consisteix en miocarditis, hi ha associació entre la PAN i la TBC pulmonar. La afectació del pulmó en la PAN és molt poc freqüent i no granulomatosa com en el nostre cas.

Per tant, la presència dels factors de risc clàssics cardiovasculars és freqüent en pacients joves amb SCA, però cal recordar que les etiologies atípiques són mes freqüents en aquest grup d'edat i cal incloure-les sempre en el diagnòstic diferencial.

L'interès del nostre cas, a més de revisar les causes poc freqüents de SCA, permet recordar que sempre en presència de dolor toràcic de causa no traumàtica i característiques que puguin suggerir dolor coronari, cal la realització d'un ECG, fins i tot en persones joves sense factors de risc cardiovascular coneguts.

Bibliografia

1.Serban Puricelb. Acute coronary syndrome in patients younger than 30 years – aetiologies, baseline characteristics and long-term clinical outcome. Swiss Med Wkly. 2013;143:w13816

2. Martín-Suñé N, Ríos-Blanco JJ. Afectación pulmonar de las vasculitis. Arch Bronconeumol. 2012;48:410-8.

3. Sreeram V Ramagopalan- Associations between selected immune-mediated diseases and tuberculosis: record-linkage studies. BMC Medicine 2013;11:97

4.Rajesh,S. Cardiac Involvement in Patients with Pulmonary TuberculosisJournal of Clinical and Diagnostic Research. 2011 June, Vol-5(3): 440-442

5.Mohammad Bagher Owlia. CardiacManifestations of Rheumatological Conditions:
A NarrativeReview. International Scholarly Research Network ISRN Rheumatology
Volume 2012, Article ID 463620, 10 pages doi:10.5402/2012/463620

6.Andreas W. Schoenenberger. Acute coronary syndromes in young patients: Presentation, treatment and outcome. International Journal of Cardiology 148 (2011) 300–304

7.Jin Wi, MD. Acute Myocardial Infarction due to Polyarteritis Nodosa in a Young Female Patient. (Korean Circ J 2010;40:197-200

8.Marcos R. Esteban. Acute Coronary Syndrome in the Young: Clinical Characteristics, Risk Factors and Prognosis *The Open Cardiovascular Medicine Journal,* 2014, *8,* 61-67