



242/3638 - LA EXPLORACIÓN FÍSICA MINUCIOSA, UNA CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO

D. Barberá Pérez^a, R. Lavedán Santamaría^a, M. Lavilla Jiménez^b, Z. Mateo Segura^c, N. Ramírez Domínguez^e y C. Lahoza Pérez^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdefierro. Zaragoza. ^dMédico Adjunto de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 81 años con antecedentes de hipertensión arterial y espondiloartrosis lumbar en tratamiento con enalapril 5 mg/12 horas. Consulta por dolor en hemitórax izquierdo de 12 horas de evolución, no relacionado con los esfuerzos físicos ni acompañado de cortejo vegetativo. Se trata de un dolor mal referido, aunque lo describe como urente y se irradia a espalda.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, alerta y colaboradora. Normohidratada y normocoloreada. Orofaringe normal. No adenopatías palpables. No ingurgitación yugular. Auscultación cardio-pulmonar y abdomen normales. No edemas en extremidades inferiores ni signos de trombosis venosa. Se aprecian tres lesiones vesiculosas en 5^o espacio intercostal izquierdo a nivel de línea medioaxilar sobre base eritematosa. Se realiza ECG que resulta normal y se sospecha una neuralgia herpética por lo que se inicia gabapentina y aciclovir oral citando para revisión en 48 horas. La evolución no es satisfactoria, apareciendo en la revisión múltiples vesículas blanco-grisáceas agrupadas de forma arracimada sobre base eritematosa, asociando amplias zonas de piel denudada, con zonas de aspecto necrótico. Además, se aprecian lesiones papulosas y vesiculosas en hemitórax contralateral, rompiendo distribución metamérica. Dada la extensión de las lesiones y el inicio de diseminación extrametamérica a pesar del tratamiento precoz, se deriva para ingreso y tratamiento intravenoso.

Juicio clínico: Herpes zóster necro-hemorrágico con inicio de diseminación.

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía isquémica, dolor por espondiloartrosis, dolor por patología dermatológica (micosis, quemadura, herpes...).

Comentario final: La exploración física puede ser clave para filiar un dolor torácico y despistar causas cardiacas. El herpes zóster es una erupción cutánea dolorosa por reactivación del virus varicela zóster latente en ganglios de las raíces dorsales o pares craneales. Su diagnóstico es eminentemente clínico, y el médico de Atención Primaria debe conocer las lesiones típicas, las indicaciones de tratamiento y los criterios de derivación.

Bibliografía

1. Calvo-Mosquera G, González-Cal A, Calvo-Rodríguez D, Primucci CY, Plamenov-Dipchikov P. Pain in herpes zoster: Prevention and treatment. *Semergen*. 2017;43(4):318-27.
2. Schmader K. Herpes Zoster. *Clin Geriatr Med*. 2016;32(3):539-53.

Palabras clave: Herpes zóster. Vesículas. Dolor torácico.