



## 242/4900 - DORSALGIA "MECÁNICA". A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

A. Muñoz Méndez<sup>a</sup>, C. de Prados González<sup>b</sup>, C. Candel Navas<sup>c</sup>, S. Paoli<sup>d</sup>, C. Saavedra Menchón<sup>b</sup> y C. Espín Giménez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Murcia-Sur. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Santomera. Murcia.

<sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Murcia-

Sur. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Vistabella. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 58 años con antecedentes personales de hipertensión arterial que consulta en el Servicio de Urgencias por dorsalgia no irradiada de 2 días de evolución, de aparición durante la realización de sobreesfuerzo físico (al levantar un peso). El dolor aumenta a la palpación y a la movilización. Sin disnea ni otros síntomas asociados.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial 137/85 mmHg. Frecuencia cardíaca 84 lpm. Saturación de oxígeno 98%. Temperatura 36,5 °C. Cabeza y cuello: sin ingurgitación yugular. Pulsos carotídeos palpables y simétricos, sin soplos. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos ni rones. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin roncus ni sibilancias. Columna: dolor a la palpación y a la movilización de musculatura paravertebral dorsal izquierda. No apofisalgia. Sin escalones ni crepitación óseos. Fuerza, sensibilidad y movilidad conservadas. Abdomen: sin hallazgos. Miembros inferiores: sin hallazgos. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm. Eje QRS a +60°. PR 0,16. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización ni signos de isquemia miocárdica. Rx tórax: sin pinzamiento de senos costofrénicos. Sin cardiomegalia. Sin infiltrados ni condensaciones. Analítica de sangre: leucocitos 10.800 (linfocitos 28,3%, neutrófilos 58,4%); hemoglobina 13,1; VCM 98, HCM 33; plaquetas 367.000; glucosa 97; urea 28; creatinina 1,02; sodio 139; potasio 4,8. Troponina I 6,013. Coagulación: IQ 99%, INR 1,02.

**Juicio clínico:** Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST.

**Diagnóstico diferencial:** Dorsalgia de causa osteomuscular.

**Comentario final:** El síndrome coronario agudo es una entidad a considerar en toda dorsalgia. Lo llamativo de este caso es que las características del dolor son totalmente atípicas para cardiopatía isquémica: de aparición en relación con esfuerzo físico, mejoría en reposo y duración de 48 horas sin deterioro del estado general ni aparición de otros síntomas. Ni siquiera hay hallazgos electrocardiográficos. Los únicos datos que hacen sospechar que pueda tratarse de un síndrome coronario agudo son el antecedente de HTA, la localización del dolor en hemitórax superior y la ausencia de mejoría pese a tratamiento analgésico. Como conclusión: toda dorsalgia debe hacernos sospechar de cardiopatía isquémica.

## **Bibliografía**

1. Aguilar Rodríguez F, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid; 2012.

**Palabras clave:** Dorsalgia. Síndrome coronario agudo.