



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



347/2223 - NO TODO DOLOR TORÁCICO ES IAM

L. Gainza García^a, S. Martín García^b y M. Galán Berasaluce^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Guadalajara.

^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Guadalajara.

^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años que como antecedentes refiere fumador de 5 cigarrillos al día, respecto a factores de riesgo cardiovascular refiere dislipemia. Acude a Urgencias por dolor torácico precordial de horas de evolución (ha comenzado esa misma noche) que le despierta que no irradia y que aumenta con la inspiración. Refiere sensación de palpitaciones, no disnea, no cortejo vegetativo. Refiere cuadro catarral la semana previa con fiebre ya resuelta.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: Tª 36 °C. TA 127/76 mmHg FC 100 lpm, SatO2 basal 100%. Buen estado general. Eupneico en reposo. No trabaja respiratorio. Bien hidratado, perfundido y nutrido. Normocoloreado. Consciente y orientado en las tres esferas. Pupilas isocóricas normorreactivas. AC: rítmico, no se auscultan soplos. AP: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no se palpan masas ni megalias, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias, no signos de peritonismo RHA+. MMII: no edemas, pulsos conservados, no signos de TVP. Radiografía tórax: ICT conservado, SCF libres, no infiltrados. Analítica: leucocitosis con desviación izquierda, coagulación sin alteraciones, no alteración de hemograma, perfil renal y hepático, sin alteraciones, iones sin alteraciones, troponina de 1,8, PCR 23,6. ECG: eje normal. Ritmo sinusal a 100 lpm. PR de 120 msg con P descendida en V1 y V2. QRS estrecho. QT normal. Descenso de PR con elevación cóncava de 1 mm de ST en I, II, AVF, V2-V6.

Orientación diagnóstica: En todo dolor torácico hay que tener presente el infarto agudo de miocardio, ya que es una patológico potencialmente mortal y siempre hay que descartarla. En este caso, en relación a la clínica y a los factores de riesgo cardiovascular, se realizó el protocolo para descartar infarto agudo de miocardios objetivándose ausencia de elevación de troponinas así como ECG compatible con pericarditis.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis. Infarto agudo de miocardio. Neumotórax. Costocondritis (síndrome de Tietze). Disección aórtica. Neumonía.

Comentario final: En estos casos, es importante descartar la patología potencialmente mortal y tener en mente todos los posibles diagnósticos diferenciales.

Bibliografía

1. 2Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias.
2. <http://www.revespcardiol.org/es/guia-esc-2015-sobre-el/articulo/90445377/>

Palabras clave: Pericarditis. Infarto agudo de miocardio. Dolor torácico.