



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/31 - EN ATENCIÓN PRIMARIA TAMBIÉN SE PUEDE MANEJAR UN DOLOR TORÁCICO

V. Correa Gómez^a y G. Oualy Ayach Hadra^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 42 años, sin alergias medicamentosas, intervenido de hernia inguinal derecha, sin hábitos tóxicos ni tratamiento farmacológico habitual. Acude a consulta de Atención Primaria por dolor retroesternal de 3 días de evolución, sin relación con los esfuerzos. Es continuo e irradia hacia cuello. Aumenta con la inspiración profunda y el decúbito supino; y se alivia al inclinarse hacia delante. Sin cortejo vegetativo. No ardores ni regurgitaciones. No disnea ni palpitaciones y sin fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración presenta buen estado general, estable hemodinámicamente y auscultación normal, latido cardíaco rítmico y sin soplos, ni roce pericárdico. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo. Miembros inferiores sin edemas. Se solicita electrocardiograma (ECG) en el que se aprecia ritmo sinusal a 75 latidos por minutos con elevación del segmento ST en V2, V3, V4, V5, V6, II y III, sin inversión de onda T. Ante la sospecha se solicita una radiografía de tórax y analítica con CPK y PCR, cuyos resultados obtenidos al par de días están dentro de la normalidad.

Juicio clínico: Dado a la clínica y ECG se diagnostica de pericarditis aguda. Se indica tratamiento con Ibuprofeno 600 mg 1 comprimido/8 horas durante 2 semanas y luego 1 comprimido/12 horas durante 2 semanas más, junto a omeprazol diario.

Diagnóstico diferencial: Lo más importante es descartar patología urgente de dolor torácico, además de miocarditis y taponamiento cardíaco.

Comentario final: Para el diagnóstico de pericarditis aguda es necesario que se cumplan 2 de los 3 criterios: dolor torácico, roce pericárdico y alteraciones de la repolarización en el ECG, que varía según el estadio de la enfermedad. Las causas son variables, las idiopáticas y de origen viral son más frecuentes. Hay mayor incidencia en primavera y otoño. El tratamiento es domiciliario con reposo en cama mientras persista el dolor torácico y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) durante 1 mes. En caso de no respuesta a tratamiento con AINEs o pericarditis recidivante el tratamiento será con corticoides y colchicina. No es necesario el estudio hospitalario salvo inestabilidad hemodinámica, miocarditis, deterioro del estado general, tratamiento anticoagulante o inmunosupresores.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Sagristà Sauleda J, Permanyer Miralda G, Soler Soler J. Orientación diagnóstica y manejo de los síndromes pericárdicos agudos. Rev Esp Cardiol. 2005;58:830-41.
3. Imazio M. Tratamiento de la pericarditis recurrente. Rev Esp Cardiol. 2014;67:345-8.