



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1509 - ¿DOLOR TORÁCICO INTERMITENTE?

M. de Lima Torres^a, T. Stock Da Cunha Santiago Pinto^b, B. García Sánchez^c, N. Gil García^c e I. Barandiarán Fernández de Vega^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aravaca. Madrid. ^bMédico Residente de Nefrología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Ámbito: Centro de salud (CS); Servicio de Urgencias (SU). Motivos de consulta: varón de 48 años que acude a su médico de cabecera por dolor torácico de 24h de evolución. Antecedentes personales: dislipemia, pericarditis en seguimiento por cardiología. Anamnesis: El paciente refiere dolor centrotorácico de 24h de evolución, que empeora con la inspiración profunda, pero sin clara relación con los cambios posturales. Se asocian edemas de miembros, sin disnea, ortopnea, o disnea paroxística nocturna. Desde hoy refiere fiebre y comenta episodios recidivantes de expectoración marronácea con hebras de sangre desde hace 1 mes.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Consciente y orientado. Eupneico. Hemodinámicamente estable. Fiebre 38,3 °C. Auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado. No edemas de miembros. Pruebas complementarias (centro de salud): ECG: Ritmo sinusal a 102 lpm, elevación difusa del segmento ST, de predominio en V2-V4. Pruebas complementarias (Urgencias). Analítica de sangre: sin leucocitosis, hemograma normal, función renal conservada con leve hipopotasemia. PCR de 1 mg/dl. Marcadores de daño miocárdico negativos. Rx tórax: Senos costofrénicos libres, índice cardiorádico normal. Sin infiltrados parenquimatosos. Sedimento de orina: Negativo para infección. Electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal 98 lpm. Eje 90°. QRS estrecho. Elevación ST compatible con Brugada.

Juicio clínico: Síndrome de Brugada.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Brugada, pericarditis, síndrome coronario agudo.

Comentario final: El paciente se deriva a urgencias, donde es valorado por cardiología, que refiere diagnóstico poco compatible con pericarditis. Allí se evidencia ECG compatible con Brugada, que posteriormente remite al desaparecer la fiebre. Dada la ausencia de foco infeccioso se decide ingreso a medicina interna, donde se diagnostica amigdalitis pultácea bilateral y se detectan rachas de bloqueo tipo Wenckebach en telemetría. Durante el ingreso permanece estable y afebril, con leves molestias centrotorácicas, por lo que se decide alta con Augmentine, AINEs, colchicina y cita en consultas de cardiología para estudio de familiares de primer grado.

Bibliografía

1. Harrison-Longo Principios de medicina interna.
2. Braen G. Manual de medicina de urgencias. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

Palabras clave: Síndrome de Brugada. Pericarditis.