



242/3001 - A PROPÓSITO DE UN DOLOR TORÁCICO

N. Martín Salvador^a, C. García Iglesias^b, C. Martínez Badillo^c y T. Pozurama Asenjo^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años con antecedentes personales de ansiedad reactiva, hiperlipidemia mixta y obesidad grado I. Exfumadora desde hace 12 años. Intervenida de apendicectomía, polipectomía vocal e histerectomía. Padre con cardiopatía isquémica. Tratamiento habitual: lorazepam y fenofibrato. Acude a su Médico de Atención Primaria por dolor precordial de tipo urente localizado a punta de dedo en región subxifoidea, irradiado a mandíbula, que se desencadena ante cualquier esfuerzo y cede en reposo. Sensación disneica y palpitations. Sin cortejo vegetativo, náuseas ni vómitos. Varios meses después presenta astenia, pérdida de peso de 5 kilos y temblor fino en manos.

Exploración y pruebas complementarias: TA 142/66, FC 92, SatO₂ 97%. Cabeza y cuello: ligero exoftalmos bilateral, aumento de la glándula tiroides sin palpar adenopatías. Tórax: dolor a la presión en esternón, apófisis xifoides y reborde costal. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: blando, depresible, molestia a la palpación en epigastrio sin masas ni visceromegalias. Extremidades inferiores: no edemas ni signos de trombosis. Analítica: sistemático sangre: Hb 11,5, VCM 83,5, HCM 27,2, leucocitos 2,8, neutrófilos 1,1, plaquetas 179.000; Bioquímica hemática: Fe 82, ferritina 340, colesterol total 229, LDL 159, HDL 60, TG 65; TSH 0,1 con T4L 4,12 y T3L 15,5. Ac anti-TSI 21,06 (VN < 1,75), Ac anti-TPO 164,30 (VN < 34). Sistemático orina normal. Ecografía tiroidea: sin patología nodular. ECG: ritmo sinusal, sin signos de isquemia ni alteraciones de la repolarización. Estudio esofagogastroduodenal: normal. Rx tórax: ICT normal, sin congestión pulmonar. VSCAN: función ventricular izquierda conservada. Ergometría: no determina isquemia ni arritmias. Se realiza interconsulta a Cardiología, Endocrinología y Hematología.

Juicio clínico: Hipertiroidismo primario por enfermedad de Graves. Dolor torácico atípico secundario a hipertiroidismo. Anemia normocítica normocrómica y neutropenia leves 2º a hipertiroidismo.

Diagnóstico diferencial: Disfagia, osteocondritis, dolor torácico de causa isquémica.

Comentario final: Hipertiroidismo sintomático en tratamiento con propranolol y tiamazol para el control de los síntomas y normalización de hormonas tiroideas. Aunque suele ser la primera impresión diagnóstica, no todo dolor precordial es de causa cardiovascular o pulmonar.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.
2. Gardner D, Shoback D. Greenspan Endocrinología básica y clínica, 9ª ed. México: McGraw-Hill; 2013.

Palabras clave: Dolor torácico. Enfermedad de Graves.