



242/3876 - DOLOR TORÁCICO TRAS INFECCIÓN RESPIRATORIA

M. Caballero Martínez^a, G. Jara Torres^b, C. Beltrá Payá^c, M. González Campayo^b y S. Guzmán Martínez^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud San Blas. Alicante. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Vicente. Alicante. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Vicente del Raspeig. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años con riesgo cardiovascular elevado (diabetes mellitus; hipertensión, dislipemia), consulta en Atención Primaria por dolor torácico opresivo en decúbito, continuo de 72h de evolución en ambos hemitórax, agravándose con la respiración profunda y tos. Asocia sudoración profusa y sensación distérmica. Antecedente proceso gripal 10 días. Tras valoración clínica, ECG y Radiografía de tórax normales, se indica tratamiento antiinflamatorio. Al mes consulta por nuevo episodio de disnea brusca y misma sintomatología. Por lo que se deriva para ingreso en cardiología a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. TA 132/99 saturación O₂ 98%. AC rítmica con tonos apagados sin roce pericárdico. AP murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Resto anodino. ECG (urgencias): RS a 96 lpm, ligero descenso del segmento PR. Leve elevación del segmento ST de forma difusa con concavidad hacia arriba. Radiografía tórax: cardiomegalia (no presente en previas), sin infiltrados ni condensaciones. Ecocardiografía, ingreso: derrame pericárdico moderado de distribución global. Analítica (hospitalaria): bioquímica y hemograma normales salvo CK 349, PCR 21,49. Pro-BNP 194. Troponinas 16. Autoinmunidad, analítica líquido pericárdico, citología y muestra Anatomía Patológica negativas.

Juicio clínico: Pericarditis aguda (PA) con derrame pericárdico de origen viral.

Diagnóstico diferencial: En el primer contacto: infarto agudo de miocardio (IAM), embolismo pulmonar, disección aórtica, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y el dolor osteomuscular.

Comentario final: Tras sospecha de PA se deberían haber realizado las exploraciones complementarias necesarias para confirmar el diagnóstico y para descartar otras causas de dolor torácico. El siguiente paso es identificar la existencia de factores predictores de mal pronóstico o de causa específica subyacente, si el paciente se considera de bajo riesgo se puede realizar un seguimiento ambulatorio. El ingreso hospitalario está recomendado en todos aquellos casos de pericarditis aguda de alto riesgo (grado de recomendación B). El manejo ambulatorio está recomendado en todos los pacientes con pericarditis de bajo riesgo (grado de recomendación B).

Bibliografía

1. Lilly LS. Treatment of acute and recurrent idiopathic pericarditis. *Circulation*. 2013;127:1723-6.
2. Martínez Ibáñez MT. Pericarditis Elizabeth Hernández González, A propósito de un caso de pericarditis, *AMF*. 2017;13(4):202-10.

Palabras clave: Pericarditis aguda. Dolor torácico. Atención primaria.