



242/4392 - DOLOR CENTRO-TORÁCICO EN MUJER JOVEN

M. Fornos Rodríguez^a, D. Heredero Jung^b, A. González González^a, A. García Antuña^c y P. Escandón Prada^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sotrandio. Asturias. ^bMédico Residente de Análisis Clínicos. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sama de Langreo. Asturias. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Felguera. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 25 años que refiere dolor centro-torácico continuo de 3 días de evolución. De características punzantes y con irradiación a la espalda. El dolor dificulta la respiración. No se modifica el dolor con la tos ni con los movimientos, tampoco se modifica con el decúbito ni con la sedestación hacia delante. No asocia náuseas ni vómitos ni otra sintomatología vegetativa. No presenta fiebre. AP: asma 1999, esclerosis múltiple 2014, ac lúdicos positivos 2014. AQ: intervención de fístula perianal hace 2 semanas. Tratamiento habitual: Rebif 44 sc, nifedipino 0,2% pomada rectal.

Exploración y pruebas complementarias: Normocoloreada y normohidratada. Eupneica en reposo. Afebril. FC 114 lpm, TA 130/70, SatO₂ 98%. AC: rítmico. No soplos ni ruidos patológicos. No roce pericárdico AP: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos, ventilación normal en ambos hemotórax. No se observa dolor a la palpación del tórax ni de las apófisis espinosas, tampoco se ven lesiones cutáneas. Se realiza EKG: taquicardia sinusal a 114 lpm. Descenso del segmento PR. No otras alteraciones. Se deriva a la paciente a Urgencias con sospecha de pericarditis. Cumple 3 puntos RPC de Wells para TEP (cirugía reciente 1,5; FC > 100 lpm 1,5) luego es probabilidad TEP intermedia. Se realiza analítica: PC reactiva 25 mg/l, leucocitos y fórmula normales, DD 738 ng/ml, troponina I y CK normales. Se realiza Rx tórax PA: normal. Se realiza angio-TC de arterias pulmonares con contraste: no defectos de repleción que sugieran TEP. No otros hallazgos.

Juicio clínico: Pericarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo, Pericarditis aguda, Tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: Con este caso se pretende recalcar la importancia de seguir unas reglas de predicción clínica como la escala de Wells para orientar el manejo de un posible TEP así como la necesidad de realizar un diagnóstico alternativo adecuado en caso de descartarlo.

Bibliografía

1. Roteache del Campo R. Tromboembolismo pulmonar. Fisterra, 2012.

2. Lurueña Lobo P, Navas Lobato MÁ. Pericarditis aguda. Fisterra, 2015.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar. Pericarditis aguda.