



242/2018 - DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE JOVEN

M. González Armayones^a, R. Martínez Cabello^a y L. Jiménez Fernández^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced. Osuna. Centro de Salud Estepa. Sevilla. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced. Osuna. Centro de Salud Herrera. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 34 años. Antecedentes personales: espondilitis anquilopoyética B27 (+) en seguimiento reumatología. Miopericarditis aguda en 2014 (resuelta sin incidencias). Tratamiento habitual: Ibuprofeno 600 mg/8 horas. Acude a consulta por dolor centrotorácico que se inició estando en reposo hace media hora, irradiado a hombro izquierdo y acompañado de sudoración y náuseas. Refiere que presenta episodios similares menos intensos desde hace unas dos semanas de manera intermitente, no se modifica con los movimientos ni con la respiración. No ha presentado proceso infeccioso en las últimas semanas. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Eupneico en reposo. Tensión arterial 113/60. Saturación O₂:98% sin aporte de oxígeno. Auscultación cardiorespiratoria: Tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Abdomen: Blando y depresible, sin dolor. Miembros inferiores sin edemas, ni signos de trombosis venosa profunda. En atención primaria se realiza: Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 60 latidos por minutos, eje normal, PR normal, QRS estrecho, supradesnivelación ST DII, DIII, AVF, infradesnivelación en V1, T negativas en DIII. Radiografía de tórax: normal. Se deriva al paciente a Urgencias para continuar estudio. Hemograma: hemoglobina: 14,9 g/dl, hematocrito 42,9%. Leucocitos 11,790/mm³ (82,5% neutrófilos), plaquetas 547.000/mm³. Bioquímica: glucosa 107,7 mg/dl, perfil renal normal, iones normales. PCR 4,9 mg/l. Troponinas 321 ng/ml. Ecocardiografía: normal. Aunque el diagnóstico más probable es miopericarditis aguda, dadas las alteraciones del ECG con elevación del ST en cara inferior se decide realizar coronariografía para descartar lesión coronaria. Coronariografía: no se observan lesiones obstructivas del árbol coronario.

Juicio clínico: Miopericarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo.

Comentario final: Las pericarditis representan un 5% de los dolores torácicos no isquémicos que acuden a urgencias, entre el 15-35% presentan elevación de marcadores cardíacos (miopericarditis aguda), el 80% es de causa indeterminada. La recurrencia es del 15-30% de los casos no tratados con colchicina.

Bibliografía

1. Pericarditis aguda. Fisterra, 2015. Disponible en:
<http://ws003.juntadeandalucia.es:2184/guias-clinicas/pericarditis-aguda/>

Palabras clave: Dolor torácico. Joven. Miopericarditis aguda.