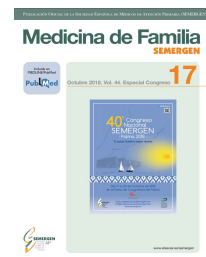




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/1233 - UN DOLOR TORÁCICO EN MEDIO RURAL

M. Ramos Oñate^a, J. Capellades I Llopart^b, M. Nielfa González^c y L. Fernández-Vega Suárez^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 35 años, con diagnóstico de síndrome de Wolf-Parkinson-White en 1999 sin seguimiento por Cardiología. Acude a la consulta por dolor centrotorácico opresivo sin irradiación, progresivo los últimos 3 días. El dolor aumenta con el decúbito e inspiración profunda. Niega fiebre o cuadro infeccioso previo.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36,9 °C, TA: 134/76, FC 72 lpm, FR 14 rpm, Sat O₂: 98%. Exploración física normal. Sin soplos, rítmico. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, PR normal. Hemibloqueo subdivisión posterior, T negativa AvL, supradesnivel ST V2 a V3. Analítica en urgencias: glucosa 92, creatinina 0,79, PCR 0,8, CK 150, FG > 90. Troponina 0. Hemograma: leucocitos 3.800 Hb 12,7.

Orientación diagnóstica: Por tanto nos encontramos ante un individuo sano, con antecedentes de síndrome de WPW, que consulta por dolor torácico de días de evolución con elevación difusa de ST. En un primer momento nos planteamos: infarto agudo de miocardio, angina de Prinzmetal, pericarditis aguda, aneurisma ventricular.

Diagnóstico diferencial: Cardiovasculares: isquemia miocárdica, disección aórtica, embolia pulmonar, pericarditis, miocarditis, fibrilación auricular. Pleuropulmonares: neumotórax, neumomediastino, traqueobronquitis, pleuritis, neumonía, hipertensión pulmonar, tumores. Digestivas: rotura esofágica, RGE, espasmo esofágico, patología ulcerosa. Musculoesqueléticas: síndrome de Tietze, radiculopatías, herpes zóster, fracturas y tumores óseos. Psicológicas: ansiedad.

Comentario final: Se trata de una enfermedad causada por la inflamación del pericardio de etiología mayoritariamente viral o idiopática, de diagnóstico clínico. Tratamiento ambulatorio, salvo alto riesgo de complicaciones (t^a > 38 °C, inmunodeprimidos, anticoagulados, miocarditis, no respuesta a tratamiento). El tratamiento se basa en reposo absoluto y AINES, para control del dolor. La última guía de ESC recomienda colchicina 0,5 mg sobre AAS, ya que evita recurrencias y es mejor tolerada. Se pueden asociar otros AINE.

Bibliografía

1. Anguita Sánchez M, Castillo Domínguez JC, Ruiz, Ortiz M, et al. Actualización Pericarditis Aguda. *Medicine*. 2005;9(43):2841-6.
2. Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. Guía ESC 2015 sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68(12):1126.

Palabras clave: Dolor precordial. Electrocardiograma. Pericarditis.