



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/3647 - ALGO MÁS QUE UN DOLOR TORÁCICO

R. Martín Jiménez^a, M. de Miguel Enrique^b, A. Martín Morcuende^b y R. Méndez Barrantes^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manuel Encinas. Cáceres.

^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres.

^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años alérgica a penicilinas, con antecedentes personales de asma bronquial, hipotiroidismo, epilepsia mesial focal izquierda y síndrome depresivo (vista en Urgencias psiquiátricas hace cinco días por intento autolítico) en tratamiento con diazepam 10 mg, topiramato 50 mg, eslicarbazepina acetato 800 mg y levotiroxina 25 µg. Acude a la consulta por presentar dolor torácico opresivo de 24 horas de evolución, irradiado a brazo derecho, sin otra sintomatología acompañante. Refiere situación de estrés los días previos por problemática familiar. Niega ingesta de tóxicos. Se realiza electrocardiograma, en el que aparece elevación del segmento ST en derivaciones precordiales altas, por lo que se deriva al servicio de urgencias hospitalarias. En urgencias, se realiza analítica objetivando elevación de marcadores de daño miocárdico, y coronariografía que no presenta lesiones significativas. Se diagnostica de MINOCA (infarto agudo de miocardio sin enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva), decidiéndose ingreso hospitalario. Tras nuevo episodio de dolor torácico, se realiza cardio-resonancia magnética nuclear (RMN) llegando al diagnóstico de miocarditis aguda. Se pauta tratamiento, tras el cual, la paciente evoluciona favorablemente.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: hemodinámicamente estable y afebril. Resto sin hallazgos patológicos. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 66 latidos por minuto con ascenso convexo del segmento ST en I y aVL menor de 1 mm, con descenso especular en DIII y aVF, y Q incipiente en aVL. Analítica: elevación de marcadores de daño miocárdico (troponina T, creatina quinasa MB, GOT). Coronariografía y ecocardiografía: hipoquinesia lateral del ventrículo izquierdo. Resto sin interés. Cardio-RMN: miocarditis aguda.

Orientación diagnóstica: Miocarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad. Síndrome coronario agudo. Miocarditis aguda. Síndrome de tako-tsubo.

Comentario final: El dolor torácico es un motivo muy frecuente de consulta, siendo su origen más frecuente osteomuscular y la ansiedad, pero no debemos olvidarnos de aquellas patologías más graves como síndrome coronario agudo. Destacar la importancia del electrocardiograma en el diagnóstico diferencial ya que es una prueba poco invasiva y de bajo coste.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Crea F, Niccoli G. Myocardial infarction with no obstructive coronary atherosclerosis. UpToDate, 2014.

Palabras clave: Dolor torácico. Miocarditis.