



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/765 - DOCTORA, ME DUELE EL PECHO

E. López Mostazo^a, P. Hermoso Oballe^b y L. Zambrano Serrano^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez-Sur. Málaga. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algarrobo. Málaga. ^cMédico de Familia. Centro Salud Torrox. AGS Este de Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 23 años sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual, refiere que estando dormido se ha despertado con un dolor centrotorácico que aumentaba con la inspiración profunda y no mejoraba con ninguna postura. Ha estado sudoroso y con varios vómitos. No ha presentado fiebre pero sí comenta síntomas catarrales los días previos. Fue trasladado en ambulancia desde su domicilio hasta nuestro hospital pautándole durante el traslado analgesia. A su llega a urgencias se encuentra asintomático.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, alerta y orientado, normocoloreado, eupneico en reposo, afebril. TA 130/80 mmHg. A la auscultación cardiorrespiratoria se encuentra rítmico, sin soplos, con murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Resto de exploración anodina. En el ECG presenta ritmo sinusal a 70 lpm, BIRDH, elevación cóncava de 1 mm en cara inferior y de V3 a V6. Analítica con hemograma, bioquímica y coagulación normal excepto troponina I 15,6 ng/ml y CK-MB 116,62. En la radiografía de tórax no se aprecian alteraciones significativas. Se procede a ingreso del paciente en cuidados intensivos durante varias horas para observación estrecha de posibles complicaciones graves.

Orientación diagnóstica: Miopericarditis.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio, tromboembolismo pulmonar, neumonía o neumonitis con pleuritis, neumotórax, neumopericardio, dolores torácicos parietales, disección aórtica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, colecistitis aguda.

Comentario final: En nuestro medio, la gran mayoría de pericarditis cuya causa no es evidente en la presentación clínica inicial corresponden a pericarditis idiopáticas o virales, que tienen un curso benigno y autolimitado (aunque algunos pacientes pueden desarrollar taponamiento cardíaco). Esta noción de prevalencia es fundamental para establecer un protocolo de manejo lógico que evite, por un lado, el excesivo uso de procedimientos invasivos del pericardio, pero que permita, por otro lado, diagnosticar los casos de pericarditis específicas (tuberculosa, purulenta y neoplásica).

Bibliografía

1. Sagristà JS, Permanyer GM, Soler JS. Orientación diagnóstica y manejo de los síndromes

pericárdicos agudos. Rev Esp Cardiol. 2005;58:830-41.

Palabras clave: Joven. Vírico. Dolor torácico.