



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/768 - DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

R. de Iracheta Chiacchiarini^a, E. Grimaldi Miranda^a y Á. Baldonado Suárez^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Rosales. Huelva. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Motivo de consulta: dolor torácico de tipo opresivo. Clínica: mujer de 52 años que había comenzado 5 días atrás con dolores centrotorácicos opresivos en reposo, que se autolimitaban en horas. Acude a urgencias por aumento de ese dolor sin irradiación pero con sudoración y disnea asociados, que continuaba con dolor en consulta tras 5 horas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: REG. TA: 106/83 mmHg, FC 110, satO₂: 96%. ACR: taquicardia, crepitantes base izquierda. MMII sin edemas. En urgencias a destacar: TNT 2.237 y 29.000 leucocitos. ECG: RS a 108 lpm, descenso de ST de 2 mm de V4 a V6 y de 1 mm en II y AVF. En observación la paciente empeoró su estado general y fue ingresada en UCI donde: Coronariografía sin lesiones. Ecocardio: hipocinesia global FEVI 25%. IM moderada. Fibrobroncoscopia normal. TAC: 4 lesiones pulmonares cavitadas (dd causas infecciones vs causas inflamatorias). RM cardíaca: miocarditis aguda con disfunción biventricular leve. Analítica posterior, a destacar: ANA, p-ANCA y antiMPO negativos. C- ANCA 1/160, antiPR: 32.

Orientación diagnóstica: Inicialmente se pensó en un ataque de ansiedad debido a la duración de los cuadros, el comienzo en reposo y la autolimitación de la sintomatología con la toma de alprazolam sl. Tras realización de ECG con descenso de ST de 2 mm en V4-V6 se trató como un IAM colocándose una perfusión continua de NTG a 11 ml/h. Tras coronariografía sin lesiones y realización de RM se diagnosticó de miocarditis con posterior estudio complementario e inclusión de la miocarditis en contexto de un síndrome de Wegener con final JC: granulomatosis de Wegener con afectación cardíaca (miocarditis), pulmonar (lesiones cavitadas sin hemorragia pulmonar), ocular (escleritis necrotizante), nasal (lesiones granulomatosas en ambas fosas nasales), y renal (insuficiencia renal estadio III).

Diagnóstico diferencial: Ataque de ansiedad. IAM. Miocarditis.

Comentario final: Destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración física, con correcta elección de PPCC, sin menospreciar una clínica inicialmente de dudosa índole de características físicas.

Bibliografía

1. Bosch Gil JA, et al. Vasculitis. En: Farreras Valentí P, Rozman C, eds. Farreras-Rozman.

Medicina Interna, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 1125-6.

2. Specks U, Merkel PA, Seo P, et al. Efficacy of remission-induction regimens for ANCA-associated vasculitis. N Engl J Med. 2013;369(5):417-27.

Palabras clave: Dolor torácico. Granulomatosis de Wegener.