



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/952 - UN CASO DE DOLOR TORÁCICO ATÍPICO

A. Allende Suárez¹, S. Frechoso Cañedo², A. Álvarez Amigo³ y D. Álvarez Ménendez³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Valle del Nalón. Asturias. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Riaño. Asturias. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sama. Langreo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 62 años. Obesa, hipertensa y dislipémica. No hábitos tóxicos. Ingreso previo prolongado hace un mes por cirugía de hernia hiatal complicada con shock séptico, derrame pleural izquierdo, e IC leve. Acudió a nuestra consulta por dolor centrotorácico iniciándose en reposo, irradiado a espalda, sin cortejo vegetativo, que aumenta con la inspiración y la tos y mejora en sedestación. Además refería disnea desde hace varios días al caminar en llano, que ha progresado hasta hacerse de reposo, aumento de edemas en miembros inferiores MMII y disminución de la diuresis.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 37,1 °C, TA 142/94, FC 108 lpm, Sat 92%, con O₂ 98%. AC: RsCsrS, roce pericárdico. AP: MVC crepitantes bibasales de predominio izquierdo. Abdomen: globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación, pulsos inguinales conservados y simétricos. EEII: ligeros edemas, no signos de TVP. ECG: taquicardia sinusal a 104 lpm. Descenso del PR y elevación ST cóncavo inferolateral con descenso ST v1 y aVR. Rx tórax: edema intersticial. Cardiomegalia. Hemograma: hemoglobina: 11,5; hematocrito: 34,6; leucocitos 11.400 (78% segmentados, 12,7% linfocitos); plaquetas 158.000. Bioquímica: proteína C reactiva 112; Troponinas < 0,03, resto normal. Coagulación: normal. Gasometría arterial pH: 7,4; pO₂: 52,4; pCO₂: 32,2. Saturación O₂ 89%. Se realiza angioTAC con derrame pericárdico, se descarta tromboembolismo pulmonar y ecocardiografía transtorácica con mínimo derrame pericárdico y fracción de eyección de ventrículo izquierdo conservada.

Orientación diagnóstica: Pericarditis aguda, probablemente de origen vírico, e IC leve

Diagnóstico diferencial: Dolor isquémico miocárdico, dolor musculoesquelético, dolor esofágico, disección aórtica, absceso subdiafragmático, neumonía.

Comentario final: La paciente fue tratada con diuréticos, AINES y colchicina con buena evolución durante el ingreso y resolución completa del cuadro.

Bibliografía

1. Eugene B. Enfermedades del pericardio. En: Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, et al, eds. Harrison principios de medicina interna, Vol 2, 18ª ed. New York: McGraw-Hill; 2012; p.

1971-8.

Palabras clave: Pericarditis. Dolor torácico. Fiebre.