Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2056

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/792 - DOLOR TORÁCICO DEPRESIVO

A. Lira Liñán[1], N. Pirla Santiburcio[1], E. García Bengoa[1] y A. Rodríguez Vázquez[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivar de Quintos. Sevilla. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Candelaria. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años consumidor de tetrahidrocannabinol (THC) desde hace 20 años, con abandono hace 2 semanas, sin antecedentes, acude al centro de salud por dolor torácico opresivo irradiado a hombros, sin cortejo vegetativo, de 15 minutos, que cede con cafinitrina sublingual. Es derivado a urgencias hospitalarias, descartando causa isquémica. Después vuelve a consulta, depresivo y ansioso, prescribiéndose lorazepam y sertralina. Buena evolución, con crisis puntual. Más tarde acude en varias ocasiones a urgencias hospitalarias, por crisis de ansiedad incontrolada, siendo dado de alta reajustando medicación. En la última crisis, ideación autolítica, irritabilidad y agresividad, precisando contención mecánica y farmacológica, e ideas psicóticas (sus compañeros hacen un complot para volverlo loco...) siendo valorado por psiquiatría de guardia, y descartando patología orgánica, es ingresado en unidad de salud mental, para filiación y reajuste de tratamiento. En planta, buena evolución, sin presentar nuevas crisis, no ideas autolíticas, ni interpretaciones paranoides. Se inicia tratamiento con aripiprazol, siendo bien tolerado. Es dado de alta con revisiones en salud mental de zona.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración en urgencias, buen estado general, poco colaborador. Ánimo triste, desesperanza. Agitación precisando medidas de contención. Cambios frecuentes de humor y de intencionalidad. Cierta suspicacia referida con vecinos y compañeros de trabajo. Ideas de muerte con ideación autolítica de forma impulsiva, determinando alteraciones severas de conducta con riesgo para el paciente. Exploración física anodina. Analítica, ECG, radiografía de tórax, ergometría, ecocardiograma, TAC craneal y EEG normal.

Orientación diagnóstica: Trastorno ansiosodepresivo con síntomas psicóticos. Ex consumidor de THC.

Diagnóstico diferencial: Dolor torácico típico. Síndrome abstinencia. Trastorno depresivo.

Comentario final: Los trastornos depresivos presentan una prevalencia elevada en la población, asi que es parte fundamental en nuestras consultas. En este caso, la clínica depresiva y ansiosa, se acompaña de síntomas psicóticos, que parecen estar relacionados con el consumo de THC del paciente. Para acabar, es fundamental la anamnesis y exploración detallada y la realización de PPCC para llegar a un diagnóstico de certeza, ya que la primera sospecha del paciente se dirigía más hacia una causa cardiaca y estaba todo relacionado con su trastorno depresivo.

Bibliografía

1. NIDA. Marijuana Abuse. Research Report Series (National Institute on Drug Abuse). 2005.

Palabras clave: Depresión. Ansiedad. Consumo de tóxicos.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.