



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 424/87 - NO PUEDO DORMIR, DOCTORA

M. Fernández Arranz<sup>1</sup>, S. López Lledo<sup>2</sup>, A. Pérez Iniesta<sup>3</sup> y J. Nieto Santos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. <sup>2</sup>Médico de Familia. Consultorio Carabaña. Madrid, <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Numancia. Madrid. <sup>4</sup>Médico Rehabilitador. Hospital General de Segovia. Segovia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 23 años, NRAMC, no AP de interés. Paciente que acude a consulta por sensación de nerviosismo y dificultad para dormir desde hace 24h. Además asocia dolor a nivel supraescapular y en trapecios, menos intenso en zona preesternal. No empeora con los movimientos respiratorios. Valorado la noche anterior en centro de urgencias ambulatorias con diagnóstico de "dolor psicógeno" y remisión a urgencias hospitalarias. Se le realiza ECG y Rx tórax que son normales. Acude al día siguiente a consulta ante la persistencia de la sintomatología. Se encuentra nervioso y agobiado por la dificultad y el dolor que experimenta al tumbarse e impedirle dormir.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF normal. Se realiza ECG: RS a 84 lpm, QRS estrecho, descenso del PR y elevación de ST en V2-V6 sin descensos especulares. Se remite nuevamente a urgencias, donde en ECG se confirman alteraciones previas. Analítica: PCR 8,59, sin leucocitosis ni neutrofilia, CK MB 126 U/L, Troponina T: 5,5. Se avisa a cardiólogo de guardia: Ecocordio: sin derrame pericárdico. Resto sin alteraciones significativas. FEVI subjetiva normal sin alteraciones en contractilidad.

**Orientación diagnóstica:** Pericarditis aguda. Colchimax 0,5 mg/12h durante 1 mes y posteriormente ibuprofeno 400 mg/12 horas/15 días. Se revisó cada 15 días inicialmente en consulta con ECG y PCR. Posterior valoración en cardiología con buena evolución. Asintomático al mes y medio.

**Diagnóstico diferencial:** Cardiovasculares: cardiopatía isquémica aguda, TEP, miocardiopatías, miocarditis, disección aórtica. No cardiovasculares: costocondritis, reflujo gastroesofágico, gastritis, herpes zoster, colecistitis, pancreatitis, neumotórax, mediastinitis, reacciones conversivas.

**Comentario final:** Importancia del seguimiento del paciente en consultas y la ventaja de la longitudinalidad en la atención del mismo. Siempre realizar un amplio diagnóstico diferencial antes de emitir un diagnóstico.

## Bibliografía

1. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. Eur Heart J. 2015;36:2921-64.

2. Imazio M, LeWinter MM, Downey BC. Clinical presentation and diagnostic evaluation of acute pericarditis. UpToDate (last updated Feb 02, 0216).

**Palabras clave:** Pericarditis. Dolor. Atención Primaria.