



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 482/730 - DOLOR TORÁCICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Maestre Torreblanca<sup>1</sup>, I. Fernández Salcedo<sup>2</sup>, C. Castillo Venegas<sup>3</sup> y A. de Pieri Rivas<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara. <sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara. <sup>3</sup>Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 36 años sin antecedentes de interés que acudió por cuadro de fiebre (hasta 41,2 °C), cefalea, tos no productiva y disnea de 48 horas de evolución. Desde hacía 24 horas presentaba dolor retroesternal, no irradiado, que mejoraba en sedestación y empeoraba con la inspiración/tos. Tras exploración física (EF), electrocardiograma y radiografía (Rx) de tórax en nuestro centro, y dado el deterioro del paciente, se realizó derivación a Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes: Destaca taquipnea (27 respiraciones/minuto) y fiebre (39 °C). Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos/roce. Roncus en región medial de base pulmonar izquierda. Abdomen: normal. Miembros: Pulsos simétricos. Ausencia de trombosis. Electrocardiograma: elevación difusa del ST de concavidad superior. Rx tórax: posteroanterior sin alteraciones. Lateral: infiltrado parenquimatoso retrocardíaco. Analítica: leucocitosis con neutrofilia, elevación de proteína C reactiva y creatina kinasa sérica. Troponina y dímero-D: normales.

**Orientación diagnóstica:** Pericarditis aguda secundaria a proceso neumónico.

**Diagnóstico diferencial:** Pericarditis aguda: Dolor precordial/retroesternal mecánico que mejora con sedestación. Electrocardiograma: elevación cóncava difusa del ST. Datos infecciosos acompañantes. Posible roce pericárdico. Infarto agudo de miocardio: dolor opresivo, no mecánico y que suele aparecer con actividad, disminuyendo en reposo. Electrocardiograma: alteraciones localizadas (ondas Q/T y elevación convexa del ST). Dolor pleurítico: dolor agudo lateral y mecánico. Datos infecciosos acompañantes. Aneurisma disecante de aorta: dolor agudo, muy intenso y posterior. Electrocardiograma: posible isquemia. Asimetría de pulsos. Tromboembolismo pulmonar: dolor agudo que puede ser mecánico. Electrocardiograma: S1Q3T3. Dímero-D elevado. Dolor esofágico: empeora con decúbito y mejora con bipedestación. EKG inespecífico. Sin datos infecciosos. Dolor psicógeno: dolor opresivo con hiperventilación y parestesias. EKG inespecífico. Anamnesis sugestiva. Neumonía: se confirma por EF y pruebas complementarias.

**Comentario final:** El paciente ingresó en Cardiología bajo el diagnóstico de pericarditis aguda secundaria a neumonía retrocardíaca, con buena evolución clínica y posterior alta. Con este caso

queríamos destacar la importancia del diagnóstico diferencial del dolor torácico, además de la necesidad de la proyección lateral en las Rx, pues sin ella no se habría podido observar la neumonía.

### **Bibliografía**

1. Sagristá Sauleda J. Pericarditis aguda. Rev Med Clin. 2004;123(13):505-8.

**Palabras clave:** Pericarditis. Dolor torácico.