



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/456 - UN DOLOR PLEURÍTICO ATÍPICO

M. Barrabés Solanes¹, M. Tiberio Berrade¹, A. Arrieta Salinas² y A. Herrero Azpiazu²

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azpilagaña. Pamplona. Navarra.

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 78 años, con antecedentes de colocación de marcapasos bicameral tras síncope en contexto de bloqueo auriculoventricular (BAV) de alto grado, acude a consulta por presentar dolor de perfil pleurítico, a punta de dedo, en región precordial, de inicio súbito de 24 horas de evolución, asociado a leve sensación disneica y febrícula de hasta 37,4 °C.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física, el paciente presenta buen estado general, estabilidad hemodinámica y respiratoria. No dolor a la palpación ni lesiones cutáneas. La auscultación cardiopulmonar es normal. No datos de insuficiencia cardiaca. Se realiza electrocardiograma: muestra fallo de captura y sensado del marcapasos con espículas que no producen actividad cardíaca. Se realiza ecoscopia: descarta derrame pericárdico, no sugiere hipertensión pulmonar y no se visualiza la punta del electrodo.

Orientación diagnóstica: Ante la sospecha de que puede haber alguna afectación del marcapasos y sin poder descartar que la clínica se deba a otras patologías, se decide derivar a Urgencias para realizar pruebas complementarias.

Diagnóstico diferencial: Ante el dolor, la presencia de febrícula, y los datos de mal funcionamiento del marcapasos, nos planteamos como diagnóstico diferencial: neumonía, pericarditis, salida del marcapasos o perforación cardiaca secundaria con complicaciones (neumotórax, derrame pleural o taponamiento cardiaco).

Comentario final: En urgencias, con la radiografía se descartó neumotórax, derrame o condensaciones, además sugería normoposición del electrodo ventricular. La analítica no mostraba datos de alarma. Se solicitó valoración por cardiología: solicitaron TAC-cardiaco, objetivándose perforación miocárdica y del parénquima pulmonar por el electrodo, observándose la punta a nivel costal. Se procedió a la retirada del electrodo e implantándose nuevo marcapasos. El interés de este caso y la clave residió en la realización del ECG, aunque el dolor fuera pleurítico, por los antecedentes del paciente. La realización de dicha prueba en la consulta de atención primaria, y la rápida detección del problema que sugería disfunción del marcapasos, probablemente evitó complicaciones que hubieran surgido si se hubiera demorado el diagnóstico.

Bibliografía

1. Oh S. Cardiac perforation associated with a pacemaker or ICD lead. En: Das MR (ed.), Modern pacemakers-Present and future. InTech. 2011:333.
2. Vanezis AP, Prasad R, Andrews R. Pacemaker leads and cardiac perforation, JRSM Open. 2017;8:1-3.

Palabras clave: Dolor torácico. Electrocardiograma.