



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1593 - REEVALUACIÓN EN EL TIEMPO

M. Lorente Callejo¹, M. Ayora Rodríguez², J. Toribio Vázquez³ y L. Mayoral Liébanas⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva. ²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huelva-Centro. Huelva. ⁴Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cartaya. Cartaya. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 83 años con antecedentes de EPOC y HTA que acude a Urgencias de su Centro de Salud por dorsalgia intensa tipo punzante no irradiada, de inicio en reposo, de media hora de evolución. Indica un episodio de vómito de contenido bilioso autolimitado. Niega disnea, dolor precordial o palpitaciones. EVA 9/10.

Exploración y pruebas complementarias: Nerviosa a su llegada, afectada por dolor, sin cortejo vegetativo. Constantes normales. Corazón rítmico sin soplos, roncus y sibilantes dispersos. Abdomen anodino. Pulsos femorales conservados y simétricos. MMII sin edemas. En la exploración de columna dorsal destaca apofisalgia de las primeras vértebras y dolor a la palpación de musculatura paravertebral derecha. Se realiza ECG objetivándose Rs a 75 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, BIRDHH, onda T negativa en V3, sin alteraciones en la repolarización ni datos de isquemia. Se administra analgesia y nitroglicerina 0,8 mg SL. Se reevalúa a los 10 minutos sin indicar cambios en las características del dolor. Se administra analgesia y se realiza nuevo ECG sin alteraciones. Tras una hora de inicio del dolor y 30 minutos en Urgencias, ante la persistencia de EVA 9/10 a pesar de la medicación se deriva a hospital de referencia. En hospital se realiza ECG identificando elevación 2 mm del ST en V1-V3, BIRDHH y analítica con troponina 99. Se realiza nuevo ECG a la media hora visualizándose elevación del ST en V2-V3, descenso en cara inferior y ondas Q en precordiales. Se inicia tratamiento y se contacta con hemodinámica para realización de cateterismo urgente.

Orientación diagnóstica: Disección aórtica vs. infarto.

Diagnóstico diferencial: Causas mecánicas, orgánicas, infecciosas y referidas (IAM, esofagitis, disección vascular, aneurisma aorta, hernia hiato, úlcera gástrica...).

Comentario final: Ante pruebas complementarias normales, si sospechamos patología de gravedad, hemos de reevaluar continuamente al paciente por si se produjera algún cambio. En dorsalgias intensas descartar disección de aorta e IAM.

Bibliografía

1. Koes BM, van Tulder M, Lin CC, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2010;19:2075-94.

Palabras clave: Dorsalgia. Elevación de ST. Infarto de miocardio.