



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 377/23 - SOY DEMASIADO JOVEN PARA ESTE DOLOR

J. Martínez de Madojana Hernández<sup>1</sup>; J. Capón Álvarez<sup>2</sup>; L. González Coronil<sup>3</sup>; V. Lumbreras González<sup>2</sup>; N. Esaa Caride<sup>4</sup>; V. Ruiz Larrea<sup>5</sup>; J. León Regueras<sup>6</sup>; M. Rodríguez Gómez<sup>7</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. <sup>2</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. <sup>3</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. <sup>4</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Oftalmología. Hospital El Bierzo. León. <sup>5</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. <sup>6</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León. <sup>7</sup>Enfermera. Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo. León.

## Resumen

**Objetivos:** Varón de 32 años, AP: hipertenso y dislipemia, consulta refiriendo dolor retroesternal irradiado a cuello y región escapular, punzante, de 45 minutos de duración, aumenta con la inspiración y la tos, disminuye si se inclina hacia delante, sin cortejo vegetativo asociado, inicio espontáneo. No fiebre termometrada ni otra clínica asociada. Tras valoración en centro de Salud, se remite al Servicio de Urgencias para evaluación exhaustiva y tratamiento.

**Metodología:** T<sup>a</sup>: 36.7 °C. TA: 135/95 mmHg. FC:85 lpm. Sat O2: 97%. BEG. COC. NC, NH, eupneico. En cabeza y cuello no se observa ingurgitación yugular. AC: cor rítmico, roce pericárdico en espiración. AP normal. Abdomen normal. Extremidades sin edemas ni otra alteración. ECG: RS a 75 lpm, elevación segmento ST en II,III,aVF,V3-V6 con concavidad en silla de montar, ondas T positivas en las mismas y signos de preexcitación con PR corto. Radiografía de tórax normal. Analítica normal con CK normal y Troponina I 0.7. Diagnóstico Pericarditis aguda. D. Diferencial Infarto de miocardio, neumotórax, neumonía, disección aórtica, costocondritis (síndrome de Tietze), colecistitis.

**Conclusiones:** El diagnóstico es básicamente clínico, al existir roce pericárdico o dos de los criterios que incluyen dolor torácico típico, cambios progresivos en el electrocardiograma o derrame pericárdico, siendo la mayoría idiopáticas. En nuestro caso, se inició tratamiento sintomático, reposo, ácido acetilsalicílico 1 g/6 horas, y protección gástrica con omeprazol 20 mg/día, con buena respuesta al tratamiento. En observación 12-24 horas, repitiendo radiografía de tórax, ECG y analítica, dando de alta al paciente con AINES y seguimiento por Cardiología.

## Bibliografía

Longás MA, Sanz A, Luquero F, Ballesteros G. Pericarditis aguda. *Medicine* 2013; 11 (43): 2541-2612.