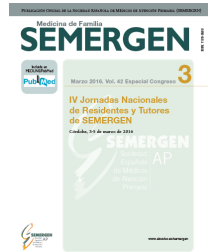




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-163 - PACIENTE JOVEN CON TOS Y DOLOR TORÁCICO

E.M. Fernández Cueto^a, F.J. Calderón Moreno^b y A.M. Fernández^a

^aCS El Algar. ^bCS Camposol.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 19 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés. Fumador de cannabis ocasional, que acude a urgencias de Atención primaria sin cita previa por tos seca persistente y dolor en hemitórax izquierdo de un día de evolución. El dolor se irradia al cuello y empeora con los movimientos inspiratorios y en decúbito, sin cortejo vegetativo asociado. Refiere cuadro catarral los días previos en tratamiento con antitérmicos y mucolíticos con mejoría parcial. Niega fiebre u otra sintomatología asociada. Tras exploración física y ante la clínica del paciente y los hallazgos en el ECG realizado remitimos a Urgencias Hospitalarias para valoración y pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración general: T^a 37,8 °C. TA 110/50 mmHg. Fc 115 pm. SatO₂ 96%. Buen estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico. Presión venosa yugular en el límite alto, no se objetiva pulso paradójico. AC: tonos cardíacos apagados, roce pericárdico. AP: normal. Abdomen: normal. EEII: no edemas. ECG: Ritmo sinusal a 100 lpm. Elevación del ST en II, III, aVF, I, V3-6 con concavidad hacia arriba (“en silla de montar”). Analítica en urgencias: PCR 28 Troponina: 3,8. Leucocitos: 20.900 con fórmula normal. Rx tórax PA/LAT: Cardiomegalia. No pinzamiento de senos costofrénicos ni cardiofrénicos. No infiltrado ni condensación en parénquima pulmonar. Ecocardiograma: derrame pericárdico con grosor de 28 mm. Localizado predominantemente en cara inferior-posterior y lateral del VI y en pared libre del VD. Variaciones respirofásicas del llenado mitral del 20-30%. Colapso parcial de AD y parcial telediastólico del VD. Vena Cava Inferior (CVI) de 26 mm. con colapso inspiratorio del 50%. Corazón y válvulas anatómica y funcionalmente normales.

Juicio clínico: Pericarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio. Neumotórax. Neumonía. Tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: Ante sospecha de pericarditis deben realizarse, además de una completa anamnesis y exploración física, un ECG, una radiografía de tórax (puede mostrar cardiomegalia y/o derrame pleural asociado), una ecocardiografía (valora la presencia de derrame y en su caso la posible repercusión) y una analítica sanguínea (incluyendo enzimas cardíacas, pues el proceso inflamatorio puede también afectar al miocardio, causando una miopericarditis con riesgo potencial de arritmias ventriculares). La mayoría de los pacientes afectados de pericarditis aguda pueden ser tratados en régimen ambulatorio, mediante reposo y antiinflamatorios no esteroideos (de primera

elección ácido acetilsalicílico, también pueden emplearse ibuprofeno o indometacina). Los corticoides suelen controlar rápidamente los síntomas, pero debe limitarse su uso pues es posible que favorezcan la aparición de recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soler Soler J, Sagristà Sauleda J, Monge Rangel L. Electrocardiología de las pericarditis. Programa de Formación Continuada en Cardiología. Sociedad Española de Cardiología. Barcelona: Doyma; 1987.
2. Spodick DH. Infectious pericarditis. En: Spodick DH, ed. The pericardium: a comprehensive textbook. New York: Marcel Dekker; 1997.
3. Galve E, García del Castillo H, Evangelista A, et al. Pericardial effusion in the course of myocardial infarction: incidence, natural history, and clinical relevance. *Circulation*. 1986;73 294-9.