



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

423/110 - DOLOR TORÁCICO ATÍPICO EN PACIENTE CON EPISODIOS PREVIOS DE ANSIEDAD

G. Miguel Bielsa¹, R. Lavedán Santamaría²

¹Hospital Clínico Lozano Blesa. Centro de Salud Valdefierro, ²Hospital Clínico Lozano Blesa. Centro de Salud Delicias Norte.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 años, sin alergias medicamentosas, fumador IPA 18, sobrepeso y trastorno ansioso-depresivo. Tratamiento: escitalopram y alprazolam. Acude a urgencias hospitalarias (SUH) por dolor torácico de 1 hora de evolución localizado en ambos hemitórax, no irradiación típica, continuo y con agudizaciones de carácter punzante, intensidad 7/10 al inicio con mejoría espontánea progresiva a 2/10 y sudoración leve asociada. No se modifica con cambios posturales ni varía con la respiración, no disnea ni palpitaciones. Niega episodios similares previos. Niega ansiedad. Asocia fiebre de 39 °C, mialgias y odinofagia desde hace 48 horas, en tratamiento sintomático con paracetamol/6h.

Exploración y pruebas complementarias: TA 136/80. Afebril durante exploración. FC 74 lpm. Sat O2 99%. Consciente, orientado, normocoloreado, normohidratado, bien perfundido. Faringe eritematosa sin hipertrofia amigdalar, probables adenopatías submandibulares, no Iy. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos sin soplos ni roce. Auscultación pulmonar: normoventilación bilateral. ECG: Ritmo sinusal a 74 lpm, elevación del ST en II, III y avF, infranivelación de 1mm en V5-V6, onda T aplanada en avL. Pasa a sala de críticos para monitorización + Interconsulta a Cardiología. Analítica: PCR 33,8. Leucocitos 13.400, plaquetas 113.000. Tn Hs 302,6 ng/l, CK 253 U/l, MB 26 U/l. Resto sin alteraciones. Rx tórax: sin alteraciones pleuroparenquimatosas agudas. No cardiomegalia. Ecocardioscopia: VI no dilatado con contractibilidad conservada, no anomalías. ECG seriados sin cambios.

Juicio clínico: Miocarditis aguda (MA): Las características de dolor, atípico, en el contexto clínico actual (cuadro infeccioso de probable origen viral) sugieren miocarditis aguda, pese a que las alteraciones del ECG corresponden a un territorio coronario y a que el paciente tiene FRCV. Por ello, se administra AINE (Inyesprim® IV) en SUH e ingreso en Cardiología para tratamiento y estudio.

Diagnóstico diferencial: Ansiedad: por los antecedentes médicos. Probabilidad clínica baja, se descarta tras ECG. SCACEST: fumador, sobrepeso y ECG compatible, pero el cuadro infeccioso y características del dolor hacen plantear otras opciones probables como miocarditis. Cardiología decide no activar código infarto. Miocarditis aguda: por el dolor y contexto clínico actual (infección de probable origen viral). Neumonía: por presentar fiebre y dolor torácico. Probabilidad clínica baja por ausencia de tos y características del dolor, y se descarta tras ECG y Rx de tórax.

Comentario final: El médico de familia puede encontrarse ante esta patología en los diferentes ámbitos donde desarrolla su labor profesional (atención primaria, continuada o SUH). Debe conocer que la causa más común es viral, pudiendo manifestarse tanto en la etapa aguda de la infección, o más frecuentemente como

respuesta inmune tras la infección. Otras causas: hipersensibilidad a fármacos o enfermedades autoinmunes. La presentación clínica es variable, desde subclínica hasta formas graves (cursando con arritmias, insuficiencia cardiaca aguda y shock cardiogénico). El diagnóstico se basa en criterios clínicos, el electrocardiograma (puede presentar desde alteraciones inespecíficas a elevaciones del ST similares a un síndrome coronario agudo) y pruebas complementarias por cardiología (ecocardiograma y RMN). Como tratamiento se utilizan IECAS/ARAI, betabloqueantes, diuréticos y AINEs. La MA puede causar miocardiopatía dilatada, pero la mayoría de las MA evolucionan favorablemente.

Bibliografía

Kindermann I, et al. J Am Coll Cardiol. 2012;59:779-92.