



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

423/146 - UN DOLOR TORÁCICO NO TAN SIMPLE

P. Sánchez Amador¹, M. Darocas Garrigues², I. Chavarria Marqués³, A. Sánchez Amador⁴, N. Atienzar Herráez⁵, L. Ezpeleta Albuixech⁶

¹Médico Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rafael Romeu. Enguera, ²Médico Familiar y Comunitaria MIR 3^{er} año. Centro de Salud Rafael Romeu. Enguera, ³Médico Familiar y Comunitaria MIR 2^o año. Centro de Salud Rafael Romeu. Enguera, ⁴Médico Familiar y Comunitaria MIR 4^o año. Centro de Salud Burjassot 2. Burjassot, ⁵Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva, ⁶Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rafael Romeu. Enguera.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 25 años, que acude al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) por presentar 3 episodios de dolor centro torácico opresivo, que irradia hacia el brazo izquierdo, último episodio el día anterior de madrugada. No refiere cortejo vegetativo, ni otra sintomatología. Durante la anamnesis refiere ligera molestia en hemitórax izquierdo. Antecedente de faringoamigdalitis hace 5 días, en tratamiento con cefuroxima.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada, consciente y orientado, normocoloreado, normohidratado, eupneico en reposo. Frecuencia cardíaca: 70 lpm, tensión arterial: 125/58 mmHg, saturación de O₂: 100%, temperatura: 36,2 °C. Auscultación cardiopulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos, rítmico sin soplos. En analítica destacan troponinas de 1.091 mg/L y creatina cinasa (CK) 437 UI/L, que en el control ascienden a 1.200 y 458, respectivamente. El ECG con dolor presenta un ascenso de 1 mm en cara inferior, con imagen en espejo, sin cambios al compararse con ECG sin dolor. Ecocardiografía sin hallazgos patológicos.

Juicio clínico: Miocarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis. Neumotórax. Cardiopatía isquémica. Ansiedad. Espasmo esofágico. Alteraciones osteomusculares.

Comentario final: La miocarditis es un proceso inflamatorio que afecta al miocardio en respuesta a la acción de diversos agentes infecciosos (más frecuente tras virus), químicos o físicos. Los hallazgos clínicos a menudo se limitan a signos menores como disnea, dolor torácico o palpitaciones en los días siguientes a un episodio febril. En ocasiones el cuadro clínico inicial semeja a un infarto agudo de miocardio, con alteraciones en el ECG y elevación de enzimas cardíacas. Debido a la poca especificidad de sus síntomas clínicos de presentación, la miocarditis es habitualmente difícil de reconocer clínicamente en su episodio inicial y, probablemente, es por ello una enfermedad infradiagnosticada. Pero incluso cuando se sospecha, las herramientas diagnósticas de las que disponemos no nos confirman el diagnóstico, que sigue siendo un diagnóstico de presunción. El ECG sigue siendo una herramienta diagnóstica ampliamente utilizada, con cambios que pueden ir desde alteraciones inespecíficas a elevaciones del ST similares a un síndrome coronario agudo. Los biomarcadores, como la CK y troponina, carecen de especificidad, pero pueden ayudar en el diagnóstico, y en el caso de la troponina T, ser un buen marcador pronóstico. El ecocardiograma es

primordial en la evaluación diagnóstica inicial, que, en casos de miocarditis aguda fulminante, se puede observar un importante engrosamiento de las paredes ventriculares por el fenómeno de edema, sin dilatación de la cavidad ventricular. La resonancia cardíaca se ha convertido en la técnica de diagnóstico no invasiva de elección, si bien la técnica de diagnóstico “gold estándar” sigue siendo la biopsia endomiocárdica.

Bibliografía

Colchero Meniz T, Santos González B, Rodríguez Padial L. Patología del miocardio. En: Julián Jiménez A, coord Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias, 3ª ed. Toledo: Edicomplet. Grupo Saned, 2010; p. 287-9.

Sagristá Sauleda J, Almenar Bonet L, Ferrer JA, Bardají Ruiz A, Bosch Genover X, Guindo Soldevil J, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en patología pericárdica. Rev Esp Cardiol. 2000;53(3):394-412.