



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

387/167 - DOLOR TORÁCICO EN EL ADOLESCENTE

M. Gómez Sánchez¹, A. Alfaro Cristóbal², P. Pascual Blasco³, A. Morán Caballero⁴, A. Gutiérrez Pérez de Lis⁵, M. Maamar El Asri²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Astillero. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 15 años de edad que acude a su SUAP por cuadro de dolor centrotorácico opresivo de inicio agudo de unas dos horas de evolución, que le ha despertado cuando estaba durmiendo. Se irradia a brazo izquierdo, aumenta con la inspiración profunda y disminuye al inclinar el tronco hacia delante. No disnea ni palpitaciones. Afebril. Cabe destacar pico febril de 38 °C hace 72 horas, en contexto de cuadro catarral y sensación de dificultad respiratoria, motivo por el cual estaba en tratamiento con salbutamol inhalado. Valorado por su pediatra en ese momento, le inició tratamiento con azitromicina, que no ha tomado. Como AP destacan enfermedad asmática en tratamiento con broncodilatadores y corticoides inhalados y seguimiento en área de Cardiología Infantil desde el año pasado por dolor torácico atípico, tipo "pinchazos" con ECG y ECOCG normales, así como ergometría con cierta respuesta hipertensiva prolongada en la recuperación, normalizándose después. En su familia no hay antecedentes de muerte súbita ni enfermedades a nivel cardiovascular.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable (Tª 36 °C; TA 105/62 mmHg; FC 96 lpm; FR 20 rpm; Sat O2 98%). BEG. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. ORL: faringe levemente hiperémica. Otoscopia bilateral normal. AC: rítmica, no se oyen soplos en el momento actual. No roce pericárdico. AP: buena entrada de aire bilateral, con algún sibilante espiratorio aislado. No signos externos de dificultad respiratoria. Abdomen anodino. Piel íntegra sin exantemas ni petequias. Meníngeos negativos. Se realiza ECG, objetivándose: RS a 90 lpm, PR 120 ms, eje +60°, QRS estrecho, BIRDDH, elevación cóncava de ST en II, III y aVF (ligera en V5), QTc 350 ms. Dadas estas alteraciones, se deriva a Hospital de Referencia. A su llegada, se realizan nuevas pruebas complementarias. Analíticamente, destaca una troponina de 5,55 ng/mL y leve aumento de RFA (PCR 3,5 mg/dL). Además, se sacan serologías y se realiza Mantoux, cuyos resultados son negativos. La radiografía de tórax mostraba ausencia de cardiomegalia, condensaciones o derrames. Ante sospecha clínica de pericarditis aguda por dolor típico con ECG compatible, se realiza IC a Cardiología Infantil, que realizan ECOCG. En éste, se objetiva mínima cantidad de derrame en pared lateral de VI y AI, con FEVI y VCI normal.

Juicio clínico: Pericarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: Otras enfermedades cardiovasculares: infarto de miocardio/TEP/disección aórtica. Respiratorias: neumotórax/pleuroneumonía. musculoesqueléticas: Síndrome de Tietze. Digestivas: pancreatitis aguda/esofagitis/psicógenas.

Comentario final: La pericarditis aguda es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, representando menos de un 2% de las causas de dolor torácico. La mayoría son de origen desconocido, siendo los virus la causa conocida más frecuente. El diagnóstico diferencial no es fácil, abarcando múltiples entidades y llegando a una conclusión definitiva ante clínica compatible y cambios ECG característicos. Afortunadamente, el pronóstico suele ser favorable y la mayoría se resuelven ante tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y reposo.

Bibliografía

Sharma J, Fernandes N, Alvarez D, Khanna S. Acute pericarditis in an adolescent mimicking acute myocardial infarction. *Pediatr Emerg Care*. 2015;6:427-30.

Tunuguntla H, Jeewa A, Denfield S. Acute myocarditis and pericarditis in children. *Pediatrics in Review*. 2019;40:1.