Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1354

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1413 - Dolor torácico atípico, un problema diagnóstico?

M.F. Alcócer Lanza[a], J. Sánchez Holgado[b], J. González González[b], L. Molina Perdomo[c] y M.A. Villagrasa Mejia[c]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Olalla. Toledo.[b] Médico de Familia. Centro de Salud Santa Olalla. Toledo.[c]Médico Residente de 1[er] año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santa Olalla. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 79 años, en seguimiento por Cardiología por antecedente de cardiopatía isquémica hace 14 años, último control hace 4 años con prueba de esfuerzo no concluyente, exfumador (sin criterios de EPOC), con antecedentes quirúrgicos de: hiperplasia prostática benigna, hernia inguinal derecha y fístula anal, actualmente en tratamiento con Adiro 100 mg y bisoprolol 5 mg. Acude a servicio de Urgencias, por presentar dolor de inicio súbito, en reposo, intermitente, retroesternal, urente, con irradiación costal bilateral, de menos de 20 minutos de duración, sin cortejo vegetativo asociado. Exploración física: normotenso, ACP dentro de límites normales, no dolor a la palpación intercostal, Abdomen: blando, levemente doloroso a la palpación profunda de epigastrio e hipocondrio derecho, sin visceromegalias, se realiza analítica y ECG, sin evidenciar alteraciones, por lo que se da de alta con diagnóstico de dolor torácico inespecífico, indicando tratamiento con AINEs. Durante los 30 días posteriores, consulta en dos oportunidades a urgencias por presentar dolor de características similares, de mayor duración (2 horas), la exploración física sin alteraciones, por lo que se solicita analítica, encontrándose: leve hiperbilirrubinemia mixta, elevación de las transaminasas, con leve hiperamilasemia, se realiza ultrasonido abdominal, en el que se evidencia colelitiasis múltiple. Se administra tratamiento analgésico y se refiere para evaluación por el servicio de Gastroenterología y Cirugía General, quienes realizan colangioresonancia para descartar coledocolitiasis, posteriormente se realiza colecistectomía por laparoscopia, con evolución satisfactoria.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Exploración y pruebas complementarias: Hematología completa: leucocitos 5.400/uL (60,4% segmentados), Hgb: 13,3 g/dl, Hcto: 39,1, plaquetas: 204/uL. Troponina 0,017 ng/ml. Bioquímica: alanina/aspartato aminotransferasas 125/225 U/L, amilasa 112 U/L, bilirrubina total 1,46 mg/dl. Resto del laboratorio dentro de límites normales. EKG: ritmo sinusal, FC: 80x', onda P, QRS y onda T de amplitud y duración normales, Eje cardíaco a la izquierda. Rx de tórax y abdomen: sin evidencia de alteraciones radiológicas torácicas y/o abdominales. Ultrasonido Abdominal: vesícula biliar con imágenes litiásicas múltiples en su interior, sin signos ecográficos de colecistitis aguda, no dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas. Colangioresonancia magnética: colelitiasis.

Juicio clínico: Cólico biliar, colelitiasis.

Diagnóstico diferencial: Isquemia miocárdica, tromboembolismo pulmonar, aneurisma disecante de aorta, neumotórax agudo, rotura esofágica, pericarditis, derrame pleural, dolores osteoarticulares, ulcus gastroduodenal, litiasis vesicular, reflujo gastroesofágico.

Comentario final: En este caso, los antecedentes personales de cardiopatía isquémica y las características del dolor torácico, orientaban intensamente hacia un proceso cardíaco isquémico, más sin embargo es importante recordar que la dificultad en la valoración del dolor torácico, radica en la multitud de causas posibles y en el diferente pronóstico según la patología subyacente. Aunque el dolor precordial constituye una de las manifestaciones principales de cardiopatía, es importante recordar que este no solo puede originarse de estructuras intratorácicas, sino también de órganos intrabdominales. Generalmente, cuando tenemos un dolor torácico atípico, sin hallazgos de patología cardíaca, debemos descartar que el origen del cuadro clínico sea abdominal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marks EM, Chambers JB, Russell V, Bryan L, Hunter MS. The rapid access chest pain clinic: unmet distress and disability. Q J Med. 2014;107:429-34.

2. Wertti MM, Ruchti KB, Steurer J, Held U. Diagnostic indicators of noncardiovascular chest pain: a systematic review and meta-analysis. BMC Medicine. 2013;11:239.

3. Patel N, Ariyarathenam A, Davies W, Harris A. Acute Cholecystits Leading to Ischemic ECG Changes in a Patient with No underlying Cardiac disease. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 2011:105-8.

4. Munk EM, Drewes M. Risk of peptic ulcer, oesophagitis, pancreatitis or gallstone in patients with in unexplained chest//epigastric pain and normal upper endoscopy: a 10

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

year Danish cohort study. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2007;25:1203-10.

5. Antonelli D, Rosenfeld T. Variantangina inducedbybilari colic. Br Heart J. 1987;58:417-9.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.