Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1304

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/638 - Pericarditis epistenocárdica

R. Barthe del Castillo[a], E. Bernardo Huergo[a], C. González Mallada[b], M. Rodríguez Junquera[c] y J.M. Díaz Díaz[d]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres. Asturias. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres. Asturias. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres. Asturias. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Mieres Sur. Ablaña-La Pereda. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años. NAMC. Fumador de 30 paquetes/año, no otros hábitos tóxicos, no antecedentes familiares ni personales médico-quirúrgicos de interés. Acude a su médico de atención primaria por dolor centrotorácico opresivo irradiado a miembro superior izquierdo de 5 días de evolución que se modifica con las posturas, empeorando con la flexión ventral. Ha estado tratándolo con AINEs con mejoría parcial del mismo. No presenta disnea. Refiere en los diez días previos un cuadro de catarro de vías altas con febrícula ocasional. Dada la situación clínica, la exploración física y los hallazgos electrocardiográficos, se deriva al paciente a urgencias hospitalarias, siendo ingresado en el servicio de Cardiología. Durante su estancia se envía al hospital de referencia para realizar cateterismo cardiaco. Se da de alta una semana más tarde con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del ST (IAM) de localización ínfero-lateral. Killip I. Pericarditis epistenocárdica. Enfermedad coronaria de un vaso (CD) no revascularizada. FEV 35-40%. Como tratamiento domiciliario, aparte de medidas higiénico-dietéticas, se le pauta AAS, omeprazol, bisoprolol, valsartán y atorvastatina. Durante dos semanas más continuará con Ibuprofeno tal y como venía realizando durante el ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: COC, BEG. Eupneico en reposo. Normocoloración de piel y mucosas. Temperatura 37,2º, TA 127/79, FC 75, sat basal O2: 97%. No ingurgitación yugular. AC: ruidos cardiacos arrítmicos con roce pericárdico más evidente en espiración forzada y con flexión ventral. AP: ruidos

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

conservados sin adventicios. Abdomen anodino. Extremidades: No edemas ni signos de TVP. Pruebas complementarias: BQ: CPK 438. PCR 26,31. Glucosa, función renal e iones normales. Troponinal: 21,21. Hemograma: 12.000 leucocitos (9.200N, 1.500L), Hb 13,6, VCM 88,2, plaquetas 148.000. Coagulación: fibrinógeno 1.128. Tiempos y tasas normales. Rx tórax: sin alteraciones significativas. ECG: ritmo sinusal a 84 lpm. Signos de necrosis inferior establecida y onda de lesión subepicárdica en cara anterolateral. Ecocardiograma: VI de tamaño normal. Acinesia inferior. Grave hipoquinesia de toda la cara lateral. Función sistólica moderadamente afecta (FE aprox. 35-40%). IM muy leve. Cavidades derechas normales. Derrame pericárdico trivial-leve. Cateterismo cardiaco: enfermedad coronaria de un vaso (oclusión completa de coronaria derecha). Arterias coronarias con múltiples irregularidades.

Juicio clínico: Pericarditis epistenocárdica. IAM inferolateral. Killip 1. Enfermedad coronaria de un vaso (CD). No revascularizable.

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar, esofagitis, isquemia miocárdica recurrente.

Comentario final: El abordaje de este caso en nuestra consulta de Atención primaria, nos demuestra la importancia de realizar una correcta anamnesis y exploración física a nuestro paciente; mediante las cuales podamos hacer un diagnóstico diferencial lo más preciso posible de un motivo de consulta tan frecuente y de elevada asociación con patologías potencialmente mortales como es el “dolor torácico”. Evitando, de este modo, las múltiples complicaciones que derivarían de un diagnóstico erróneo, y todo lo que ello podría repercutir en la calidad de vida de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonow R, Mann D, Zipes D, Libby P. Braunwald Tratado de Cardiología.T exto de medicina cardiovascular. 9ª ed. volumen 1. Barcelona:Elsevier España S.L: 2013. p.1170-1, 1690-1.

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