Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1194

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1952 - Una intoxicación rara, cuanto menos...

E. Ruíz García[a], M.M. Antonio González[b], J. Ballesta Lozano[a], S. Herreros Juárez[c], M. Solana Palazón[d], S. Sánchez Aroca[e], C. Navarro Soria[f], M. Serna Martínez[a], S. Hernández Baño[f] y P.R. Lucas Aroca[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Oeste y Hospital Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. [b]Médico de Familia. Servicio Murciano de Salud. Murcia. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. [e]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. [f]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ceutí. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 62 años que acude a urgencias por malestar general, dolor de columna dorsal que irradia a hemitórax derecho y miedo a intoxicación por insecticida (dos días antes estuvo desinfectando alfombras en casa). La clínica se acompaña de un episodio de vómito tras la exposición al material de limpieza (sin material patológico). Afebril, sin otra sintomatología. AP: alérgica a betalactámicos. DM tipo 2 (ha abandonado el tratamiento), hipertensa y dislipémica. Fumadora de 20 cig/día, niega hábito enólico. Tratamiento crónico: metformina/sitagliptina 1.000/50 mg cada 24 horas, Lorazepam 1 mg por la noche y omeprazol 20 mg cada 24 horas.

Exploración y pruebas complementarias: Killip Class I: no insuficiencia cardíaca. IMC: 35,38. TA: 123/82 mmHg, Tª 36,4 ºC, FC: 85 rpm. Sat O2: 100%. Buen estado general, consciente y orientada, normohidratada y normocoloreada, eupneica en reposo. Auscultación cardíaca normal. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación ni masas ni megalias. No edemas en miembros inferiores. Sin focalidad neurológica. Glucosa 157 mg/dl, creatinina 0,74 mg/dl, hemoglobina 11,8 g/dL, hematocrito 34%, plaquetas 299.000/uL, leucocitos 18.600 UL, CrCl (Cockcroft-Gault): 105,77 mL/min, enzimas cardíacos pico: CK 211, CK MB: 4,8, troponina T: 1.640 ng/ml. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, PR 160 ms, ascenso ST 2-3 mm anteroseptal y 1 mm en I y aVL, T

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

bifásica de V2-V6. Rx tórax: aumento de índice cardiotorácico, ligera redistribución vascular, no infiltrados parenquimatosos, no derrame pleural.

Juicio clínico: Cardiopatía isquémica. IAM anterior evolucionado.

Diagnóstico diferencial: Dolor musculoesquelético. Intoxicación por organofosforados. Cardiopatía isquémica. Pericarditis. Embolia pulmonar. Dolor torácico no cardíaco emocional (ansiedad).

Comentario final: Rehistoriando a la paciente, refiere dolor opresivo mientras realizaba tareas domésticas el día anterior, de 30 minutos de duración, acompañado de cortejo vegetativo. Un nuevo episodio la misma tarde que consulta en nuestro servicio de 90 min de duración, y que no cede con analgesia habitual. Tras el estudio y exploración, comentamos el caso con UCI de hospital de referencia y es trasladada para procedimiento intervencionista coronario. Tras estabilizar a la paciente, se traslada a la planta de cardiología de nuestro hospital comarcal, donde se realiza control de constantes, ajuste de tratamiento farmacológico y medidas de estilo de vida. Este caso muestra la importancia de la entrevista clínica (las veces que sea necesarias) a los pacientes, haciendo hincapié en los miedos e inquietudes de éstos, sin perder de vista el enfoque diagnóstico de patologías graves o/y urgentes, tanto en las consultas de atención primaria como en los servicios de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bragulat E, López B, Miró O, Coll-Vinent B, Jiménez S, Aparicio MJ, et al. Análisis de la actividad de una unidad estructural de dolor torácico en un servicio de urgencias hospitalario. Rev Esp Cardiol. 2007;60(3):276-84.

2. Lee TH, Cook EF, Weisberg M, Sargent RK, Wilson C, Goldman L. Acute chest pain in the emergency room. Identification and examination of low-risk patients. Arch Intern Med. 1985;145(1):65-9.

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