



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/534 - Dolor precordial en atención primaria

F. Marqués González<sup>a</sup>, C. Mateo Pascual<sup>b</sup>, M.D. Cano Pérez<sup>b</sup>, E. Robles Fernández<sup>b</sup>, Ó.A. Baptista Ferreira<sup>b</sup>, E.M. Faña Vargas<sup>a</sup> y Á.V. Ortigoza<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Fuencarral. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 52 años con dolor torácico de 4 días de evolución, irradiado a zona dorsal, que aumenta con inspiración y decúbito. Catarro 2 semanas previas. Ha acudido 2 veces a urgencias donde pautan tratamiento antibiótico (azitromicina y amoxicilina) sin mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** T/A 116/71 mmHg. FC: 87 lpm. SatO2 97%. No ingurgitación yugular. ACP normal. Hemograma: leucocitos 15.600, neutrófilos 87,9%, fibrinógeno 1.003, tiempo de cefalina 32,6 seg, D-dímero 604 ng/ml. Bioquímica: proteína C reactiva 246, glucosa 174. Gasometría: lactato 2,40. Rx de tórax: ICT aumentado a expensas de cavidades derechas. Pinzamiento costofrénico derecho, atelectasia lóbulo inferior izquierdo. ECG: rítmico 95 lpm. PR normal. Eje normal. QRS estrecho. Rectificación del segmento ST en III, aVF, V4-V6, onda T aplanada V2, I y aVL. AngioTAC: no signos de TEP agudo. Derrame pericárdico de 28 mm Ecocardiograma: derrame pericárdico ligero, con tractos de fibrina, sin compromiso hemodinámico. Ventrículo izquierdo normal. Fracción de eyección 57%. Llenado diastólico y ventrículo derecho normal. Leve insuficiencia mitral y tricusídea. PSAP 30 mmHg.

**Juicio clínico:** Dolor torácico atípico. Pericarditis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía bilateral

**Comentario final:** La Pericarditis aguda es un síndrome clínico plurietiológico que cursa con dolor torácico, roce pericárdico y cambios electrocardiográficos de repolarización. En pacientes ambulatorios la causa más frecuente es idiopática o viral (Coxsackie, influenza, ECHO); en hospitalizados infarto de miocardio, cirugía cardiaca, insuficiencia renal, enfermedades neoplásicas, irradiación, trauma torácico y enfermedades del colágeno. El tratamiento consiste en reposo, aspirina 500 mg cada 8 horas 2 semanas, asociado a aines para prevenir dolor. Se pueden asociar glucocorticoides 4 a 6 semanas, o colchicina 3 meses. El papel del médico de AP en el presente caso derivó en la sospecha clínica de pericarditis aguda y en las 2 ocasiones que fue enviada a urgencias se interpretó como cuadro infeccioso y pautando antibiótico; se insistió en derivarlo para valoración cardiológica llegando finalmente al diagnóstico. De ahí, que el papel del médico de AP es fundamental, primero en la sospecha clínica y segundo, en insistir para que sea valorado por especialista.

### Bibliografía

1. Sagristá Saudela J. Pericarditis aguda. Diagnóstico y tratamiento. 2004;123:505-8.
2. Maisch B, Ristic AD. The classification of pericardial disease in the age of modern medicine. Curr Cardiol Rep. 2002;4:13-21.

3. Imazio M, Demichelis B, Parrini I, Giuggia M, Cecchi E, Gaschino G, et al. Day-hospital treatment of acute pericarditis. A management program for outpatient therapy. J Am Coll Cardiol. 2004;43:1042-6.

**Palabras clave:** Pericarditis aguda. Derrame pericárdico. Dolor torácico pleurítico.