



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4794 - AL SEÑOR DRESSLER LE DUELE EL PECHO OTRA VEZ

M. Martínez Valero^a, N. Rodríguez García^b, M. Córcoles Vergara^c, S. Paoli^d, D. Fernández Camacho^e e I. Picó García^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Murcia-Sur. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Consultorio Los Dolores. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años con antecedentes de dislipemia en tratamiento, obesidad grado II, fumador activo, dado de alta 15 días antes tras infarto agudo del miocardio, que precisó angioplastia primaria y colocación de dos stents recubiertos en coronaria derecha. Actualmente con doble antiagregación, betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y tratamiento antidislipémico. Acude a nuestra consulta por dolor torácico de unos días de evolución, no irradiado, sin cortejo vegetativo, de tipo punzante, que aumenta con la respiración y la tos. Se asocia a poliartralgias y febrícula. No clínica catarral. Se derivó al paciente al hospital para realización de otras pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales normales salvo Tª 37,9 °C. La posición del paciente es sentado con el tronco hacia delante porque refiere “sentirse mejor así”. Auscultación cardíaca: tonos apagados, discreto frote pericárdico, no soplos. Auscultación pulmonar normal. Resto de exploración sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal a 62 latidos por minuto, eje normal, elevación de 1,5 mm del ST de forma difusa en todas las derivaciones. Analítica: destaca ligera leucocitosis y proteína C reactiva algo elevada. Enzimas cardíacas normales. Rx tórax: normal. Ecocardiografía (en planta): discreto derrame pericárdico sin compromiso hemodinámico.

Juicio clínico: Síndrome de Dressler o pericarditis aguda post-infarto agudo de miocardio [antecedentes recientes (7 días-3 meses) de patología cardíaca (cirugía cardíaca, pericardiocentesis, cateterismo...)]. No se sabe la incidencia exacta de esta patología, aunque sí que es muy frecuente dolores torácicos tras angioplastia que podría corresponder con este síndrome.

Diagnóstico diferencial: Neumotórax a tensión, infarto agudo de miocardio, procesos infecciosos pulmonares, disección aórtica, ansiedad.

Comentario final: El síndrome de Dressler es una enfermedad causada probablemente por anticuerpos anti-miocardio (generados tras enfermar el miocito), que provocan un estado inflamatorio en la cavidad pericárdica, pudiendo causar derrame pericárdico, derrame pleural y en raras ocasiones taponamiento cardíaco. El tratamiento se realiza con ácido acetil salicílico (se prefiere en pacientes post infarto ya que normalmente lo llevan para la antiagregación) a dosis altas (750-1.000 mg/6-8h) o antiinflamatorios no esteroideos (Ibuprofeno 600-800 mg/6-8h). El pronóstico suele ser bueno, aunque existe una tasa de recidivas de entre 10-15%.

Bibliografía

1. Tofler GH, Muller JE, Stone PH, et al. Pericarditis en el infarto agudo de miocardio: caracterización y significado clínico. Am Heart J. 1989;117:86.

Palabras clave: Pericarditis. Infarto del miocardio. Dolor en el pecho.