

## 347/2491 - UN DOLOR TORÁCICO A ESTUDIO

A. Serrano Camacho<sup>a</sup>, R. Dueñas Vargas<sup>b</sup>, T. González Navarro<sup>c</sup> y M. Zapata Martínez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Retamar. Almería. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Retamar. Almería. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Retamar. Almería.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 41 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude al servicio de Urgencias de un centro de salud por presentar esa mañana, en reposo, un cuadro de dolor centrotorácico opresivo, no irradiado de más de una hora de evolución, sin cortejo vegetativo y autolimitado. Se le explora y se le realiza un electrocardiograma, el cual se visualiza que es normal. Se le da de alta con diagnóstico de dolor torácico de características mecánicas. Posteriormente por la tarde, presenta un nuevo episodio de similares características, acompañado de leve sensación de sudoración y palidez cutánea, de más de una hora de duración, motivo por el que decide consultar en Urgencias hospitalarias. A su llegada a urgencias, el paciente se encuentra asintomático. No refiere disnea. Refiere cuadro de infección respiratoria de una semana de evolución hace 2 semanas tratado con paracetamol, AINES y amoxicilina-clavulánico. Se le realiza electrocardiogramas en varias ocasiones, sin visualizar cambios significativos indicativos de daño miocárdico. Ante la realización de analítica con marcadores cardíacos y su elevación significativa, se decide ingreso en UCI. En UCI, aunque continúan creciendo los valores de troponinas, evoluciona favorablemente siendo trasladado a planta de Cardiología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analítica: normal salvo troponina T 1<sup>a</sup> determinación: 651,3 pg/ml y posteriormente el pico de 1.260 pg/ml. ECG segundo en hospital: ritmo sinusal a 96 lpm, descenso de 1 mm de V2 a V5. T aplanada en III. Cateterismo cardíaco: coronarias normales. Ecocardio: VI no dilatado y FE normal. Sin alteraciones segmentarias de la contractilidad. Disfunción diastólica grado I.

**Orientación diagnóstica:** Dolor torácico con elevación de marcadores de daño miocárdico. IAM con coronarias normales vs miocarditis.

**Diagnóstico diferencial:** Miocarditis, pericarditis, IAM.

**Comentario final:** Se programa una cardioRMN pendiente de realización. Dada la estabilidad clínica, el paciente recibe el alta con tratamiento de AAS, atorvastatina, bisoprolol y enalapril. La importancia que podemos sacar de este caso clínico es que, aunque tengamos un paciente sin antecedentes personales ni familiares de cardiopatía, insuficiencia cardíaca, muerte súbita ni factores de riesgo cardiovasculares, ante un dolor torácico sugerente, siempre se debe realizar una correcta anamnesis para poder diferenciar las características clínicas del dolor y además monitorización electrocardiográfica con al menos 2 electrocardiogramas de control para valorar si existen cambios. Ante la duda y la no posibilidad de un mayor estudio desde Atención Primaria y Urgencias de centro de salud, siempre conviene la derivación a Urgencias Hospitalarias.

## Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

**Palabras clave:** Dolor torácico.