



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2774 - PARADIGMA DE DOLOR TORÁCICO ATÍPICO

J. Cabrera Alonso^a, E. Herrada Díaz^b y E. Ruiz Fernández^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Ejido Sur. Almería. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla de Vúcar. Almería. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla de Vúcar. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 52 años consulta por dolor centro-torácico opresivo no irradiado, desde hace 3 horas. El dolor aumenta con la palpación a nivel esternal así como con los movimientos. Además refiere cuadro catarral los días previos, sin fiebre. Antecedentes personales de epilepsia, trastorno del control de impulsos y trastorno distímico. Se administra analgesia y tratamiento ansiolítico, con mejoría del dolor torácico pero aparición de parestesias difusas en región abdominal y hemiparesia derecha en las primeras horas de estancia en observación.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física inicial anodina, con electrocardiograma y analítica dentro de la normalidad. Tras varias horas en observación aparece dificultad para toser, con reflejo nauseoso conservado de forma bilateral y elevación simétrica del velo del paladar. La fuerza se muestra alterada, presentando hemiparesia derecha e hipoalgesia a nivel D3 derecho y D4 izquierdo. TAC craneal, radiografía cervical y angio-TAC normales. Ante la persistencia de la clínica, se solicita RM cervical que pone de manifiesto una mielopatía cervical C4-D1.

Orientación diagnóstica: Mielitis cervical.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo; dolor torácico osteomuscular; mielitis cervical (compresiva, infecciosa, isquémica...).

Comentario final: Ante el primer síntoma de consulta, dolor torácico no traumático, la valoración entraña una gran dificultad pudiendo tratarse de un problema banal a ser expresión de una enfermedad potencialmente mortal en un breve periodo de tiempo. Descartaremos las causas cardiovasculares, pleuropulmonares, digestivas, osteomusculares y psicógenas; priorizando aquellas potencialmente graves, luego los urgentes no vitales y finalmente los banales. El dolor referido en la región precordial depende de las metámeras C3 y D12. Sería preciso descartar el origen neurológico, una disección aórtica que haya podido producir mielopatía, una fractura vertebral que provoque compresión medular y la posibilidad de mielitis o de polirradiculoneuritis rápidamente progresiva de origen infeccioso.

Bibliografía

1. Baldi F, Ferrarini F. Non-cardiac chest pain: a real clinical problem. Eur J Gastroenterol Hepatol. 1995;7(12):1136-40.

2. Grgic V. Cervicogenic angina. Chest pain caused by unrecognized disc herniation at the segment c6-c7: a case report. Lijec Vjesn. 2008;130(9-10):234-6.
3. Kachintorn U. How do we define non-cardiac chest pain? J Gastroenterol Hepatol. 2005;20 Suppl:S2-5.

Palabras clave: Dolor torácico. Mielitis cervical. Dolor torácico atípico.