Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1260

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/2667 - DOLOR TORÁCICO NADA TÍPICO: SÍNDROME DE DRESSLER

L. Torres Pallarés[1], I. Suárez Cuesta[2], I. Costela Guijosa[2] y P. Bahillo Cagigal[3]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. Cantabria. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 37 años que acude a urgencias por dolor torácico. Presenta antecedentes personales de comunicación interauricular tipo ostium secundum. Asocia náuseas sin vómitos. El dolor se irradia a brazo izquierdo, disminuye con la flexión del tórax y aumenta con el decúbito, siendo de horas de evolución. Niega fiebre, tos ni semiología infecciosa a ningún nivel previamente.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: 35,8 ºC, Tensión arterial: 143/93 mmHg, Frecuencia cardiaca: 87 lpm, Frecuencia respiratoria: 12 rpm, Saturación O2: 100%. Buen estado general. Eupneica, tolerancia al decúbito. Auscultación cardiaca rítmica y sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, se ausculta ruido de roce pericárdico a la flexión del tórax. Abdomen sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal a 98 lpm, eje a 60, QTc a 460 ms, BRD con hemibloqueo de la subdivisión anterior, inversión de la onda T en V1-V3. Analítica a destacar: troponina 0,00 ng/ml, NT-proBNP 359 pg/ml, leucocitos 10,8 × 10^3/mL, iones normales, hemoglobina 12,5 mg/dL, resto sin alteraciones. Radiografía de tórax: normal.Ecografía a pie de cama del paciente: mínimo derrame pericárdico sin compromiso hemodinámico.

Orientación diagnóstica: La principal sospecha actualmente de esta paciente sería pericarditis, no obstante es de obligado descartar causas más graves de dolor torácico.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad arterial coronaria. Respiratorias: TBC, infecciones respiratorias (neumococo, gérmenes atípicos, por tuberculosis, etc.), neoplasias. Causas abdominales (pancreatitis, úlcera péptica, etc.). Reacciones adversas medicamentosas o toxinas (procainamida, minoxidil, agentes quimioterápicos)

Comentario final: Acude a urgencias por dolor torácico típico que mejora con la flexión del tórax con roce pericárdico a la exploración. Se descarta origen coronario en principio con analítica y ecocardiograma transtorácico. Se indica tratamiento antiinflamatorio (ibuprofeno 600 mg/8h y colchicina 1 mg/24h). Tres semanas después acude de nuevo con cuadro similar. Se deja tratamiento antiinflamatorio crónico hasta 5 meses después que tras intento de bajar dosis presenta de nuevo un tercer episodio por lo que se diagnostica como síndrome de Dressler debido a su carácter recidivante.

Bibliografía

1. Hoit BD. Etiology of pericardial disease. Uptodate. Mayo 2018.
2. Contemporary management of pericardial diseases. Curr Opin Cardiol. 2012.

Palabras clave: Dolor torácico. Pericarditis.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.