

424/2146 - ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA ANTE UN DOLOR TORÁCICO

M. Aguilar Rodelgo¹, I. Castellanos Pintado², A. Santos Valenti³ y F. Alonso Moreno⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrijos. Toledo. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años, acude al Centro de Salud por dolor torácico de tipo opresivo en hemitórax izquierdo, de dos horas de evolución, que aumenta con los movimientos respiratorios. Asocia sudoración y náuseas. Se irradia hacia el cuello y mandíbula y se inicia en reposo, sin relación con el esfuerzo. Antecedentes personales: no RAMC. HTA. Dislipemia. Exfumadora. Antecedentes familiares: cardiopatía isquémica no precoz (IAM hermano con 58 años)

Exploración y pruebas complementarias: En Centro de Salud: TA: 159/103 mmHg, FC: 112 lpm, T^a: 36,6 °C, SatO₂: 95%, Consciente y orientada. Bien hidratada. Eupneica. AC: rítmica, no soplos. AP: normal. Abdomen: normal. ECG: RS a 76 lpm con elevación del ST de 1 mm en V2-V6, cara inferior, I y aVL, con descenso del PR de 0,5 mm. Se solicita intervención por parte del 112 para traslado hospitalario, activando CORECAM, se administra dosis de carga de ácido acetilsalicílico y ticagrelor y se inicia perfusión de nitroglicerina. Analítica: hemograma normal, bioquímica normal, PCR > 90 mg/L, NT-proBNP 425 pg/mL, troponina I máxima 10 ng/mL, fibrinógeno 878 mg/dL. Rx tórax: ICT normal, sin signos de IC. Ecocardiograma: sin alteraciones. Cateterismo: arterias coronarias epicárdicas sin lesiones significativas. VI con función sistólica conservada. RM cardiaca: VI normal (FEVI 58%), sin alteraciones en la contractilidad. No edemas, no obstrucción microvascular. Hallazgos compatibles con pericarditis aguda.

Orientación diagnóstica: Sospecha inicial de IAMCEST. Miopericarditis.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis constrictiva. IAMCEST. Taponamiento pericárdico.

Comentario final: La pericarditis representa alrededor del 5% de las consultas en atención primaria por dolor torácico no isquémico, estimándose una incidencia de 3,3 casos por 100.000 habitantes/año. La mayoría de los casos en nuestro medio son de etiología vírica o idiopática, aunque puede asociarse a enfermedades sistémicas o neoplásicas. El médico de atención primaria debe conocer los criterios diagnósticos, que son: dolor torácico, roce pericárdico, elevación del ST o depresión del segmento PR y alteraciones progresivas en el ECG y derrame pericárdico. El manejo terapéutico actual en el centro de salud se basa en antiinflamatorios.

Bibliografía

1. Díaz Pelaez E, Martín-García AC, Sánchez PL. Acute pericarditis. Medicine. 2017;12:2603-11.

2. Tuck BC, Townsley MM. Clinical Update in Pericardial Diseases. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2019;33:184-99.

Palabras clave: Dolor torácico. Pericarditis. Taponamiento cardiaco.