

424/1877 - DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

P. Barboza Trujillo¹, S. Castro Delgado¹, I. Simón Prado² y S. González Amaya³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. ²Médico de Familia. Hospital Punta de Europa. Cádiz. ³Médico de Familia. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 70 años acude a Urgencias por presentar dolor retroesternal sin irradiación acompañado de sudoración, de 24h de evolución que aumentaba con la inspiración profunda y que cedía con la toma de analgésicos. No palpitaciones, no disnea, ni angina de esfuerzo. Niega fiebre, tos, expectoración, ni otros síntomas acompañantes. AP: artritis reumatoide, hipotiroidismo. No hábitos tóxicos. Prótesis bilateral de rodilla. Tratamiento: celecoxib, sulfato de hidroxicloroquina 200/24h. Levotiroxina 50, lormetazepam, a. alendrónico, calcio, omeprazol.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, bien hidratada y perfundida, consciente orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. No tiraje. Afebril. PA: 140/80 mmHg, FC 70 lpm. T^o 36,7 °C. SaO₂ 98%. No ingurgitación yugular. Carótidas latén bien. Ruidos cardíacos normales. No soplos valorables ni roce pericárdico. Murmullo vesicular normal. No dolor abdominal, no signos de irritación peritoneal, no visceromegalias ni edemas. Pulsos pedios normales. Rx tórax: ICT < 50%, no se aprecia signos de condensación alveolar ni pinzamiento de senos costofrénicos. Hemograma: Hb: 13 g/dL, Htc: 39,3%, VCM: 91,4 fl, Plq: 238.000/L Leucocitos: 4.000/L (47,2% neutrófilos). Coagulación: normal. Bioquímica: Glu: 139 mg/dL, urea: 51 mg/dL, creatinina, iones y troponina: normales. ECG: ritmo sinusal a 63 lpm. AQRS mn-40°. HBIA. Ondas P, complejos QRS y ST-T dentro de límites normales. No cambios isquémicos agudos con dolor. 2º Bioquímica: troponina 305,2, 3º Bioquímica: troponina: 2.835,8 En control de ECG: sin cambios respecto a los previos.

Orientación diagnóstica: Pericarditis en paciente con antecedente de artritis reumatoide.

Diagnóstico diferencial: SCASEST, crisis de ansiedad, infección respiratoria, dolor osteomuscular.

Comentario final: La paciente fue ingresada en Cardiología. Se amplió estudio con ecocardiografía que descartó presencia de derrame pericárdico y ergometría cuyos resultados eran normales. Recibió tratamiento con AAS presentando mejoría clínica importante. La afección cardiaca en la AR incluye pericarditis, valvulitis, miocarditis y un aumento de la prevalencia de enfermedad coronaria aterosclerótica. El pericardio está afectado en aproximadamente un 40% de los pacientes, y la pericarditis es la manifestación cardiaca más frecuente en la AR. El derrame pericárdico crónico, clínicamente silente, es más frecuente que la pericarditis sintomática aguda. La sospecha clínica constituye la mejor herramienta diagnóstica, pudiéndose clasificar más de la mitad de los casos sin técnicas más invasivas.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias. Guía de diagnóstico y protocolos de actuación, 6^a ed. España. Elsevier, 2018.

Palabras clave: Pericarditis. Artritis reumatoide. Dolor torácico.