



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

482/333 - DOLOR ABDOMINAL

P. de Óleo Santiago¹, B. Martín Peces², C. Sánchez-Mesas Cerdán³ y J. Redondo Bolaños⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ³Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ⁴Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Espinillo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años natural de Bolivia sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos que acude por epigastralgia de 1 mes de evolución sin otra clínica gastrointestinal. Refiere que se asocia a disnea de esfuerzo. No fiebre ni sensación distérmica. No clínica respiratoria, no dolor torácico. Niega otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 113/80 mmHg; Frecuencia cardiaca 40 lpm; Saturación basal de 98%. Eupneica en reposo. Buen estado general. Bien nutrida, perfundida e hidratada. Auscultación cardíaca bradicárdica sin soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando y depresible. Epigastralgia a la palpación profunda sin signos de irritación peritoneal. No masas ni megalías. MMII: no edemas ni signos de TVP. ECG: Bradicardia sinusal a 35 lpm. Bloqueo auriculoventricular tipo II Mobitz II tipo 2: 1. Bloqueo rama derecha. Hemibloqueo posterior de rama izquierda.

Orientación diagnóstica: Posible cardiopatía chagásica.

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía con bloqueo cardíaco. Gastritis a estudio.

Comentario final: Se trata de una mujer de 41 años natural de Bolivia sin antecedentes de interés que acude por una epigastralgia con astenia asociada de un mes de evolución. Tras exploración física y pruebas complementarias en Atención Primaria y con la sospecha de posible cardiopatía chagásica, se deriva a Urgencias para valoración por parte de Cardiología. Ingresa con diagnóstico de bloqueo auriculoventricular avanzado 2: 1 sintomático para implantación de marcapasos. Como principal complicación, sufre una perforación y taponamiento cardíaco que precisa pericardiocentesis urgente. Posteriormente, síndrome febril compatible con pericarditis aguda que se manejó con AINE y colchicina. Tras ello, fue estudiada por Infecciosas con PCR de Chagas negativa con IgG (ELISA) positivo por lo que se inicia tratamiento con benznidazol. Actualmente, se encuentra en revisión por parte de Interna con buena respuesta al tratamiento y clínicamente estable. Pretendemos resaltar la crucial importancia de la historia clínica y la exploración en AP dada la relevancia de los mismos en la resolución del presente caso, ya que el origen y la alteración electrocardiográfica hacían sospechar patología chagásica.

Bibliografía

1. Pérez-Molina JA. Chagas Disease. Lancet. 2018;391(10115):82-94.

2. Vieira JL. Chagas Cardiomyopathy in Latin America Review. Curr Cardiol Rep. 2019;21(2):8.

Palabras clave: Chagas. Miocardiopatía.