



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

482/1391 - ¡EL DOLOR COSTAL PUEDE ENMASCARAR ALGO MÁS!

G. López Escobar¹, A. López López¹ y L. Carretero Fernández²

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga. ²Enfermera. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 18 años que toma anticonceptivos, acude por presentar dolor costal “tipo punzadas” de características mecánicas de 3 días de evolución sin antecedente traumático ni realización de sobreesfuerzos.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, eupneica en reposo y afebril. Tensión arterial 130/70, saturación 98%, auscultación normal. A la palpación, presenta dolor a nivel costal izquierdo en la 5º costilla que aumentaba con maniobras activas del músculo pectoral. Se le realiza un electrocardiograma (EKG): ritmo sinusal a 70 latidos no alteraciones agudas de la repolarización. Se decide tratamiento con antiinflamatorio y relajante muscular. La paciente acude cinco días después a urgencias del hospital con la misma clínica. Se decide alta con el mismo tratamiento previa radiografía de tórax normal.

Orientación diagnóstica: Dolor costal mecánico.

Diagnóstico diferencial: tromboembolismo pulmonar (TEP), disección aórtica, úlcus péptico perforado, cardiopatía isquémica, pericarditis, rotura esofágica, neumotórax.

Comentario final: Cinco días después sufre parada cardiorrespiratoria previo síncope en domicilio. Ante la sospecha de TEP el 061 inicia tratamiento fibrinolítico. A la llegada al hospital ingresa en el área de Críticos. Tras reanimación cardiopulmonar Avanzada sin respuesta mecánica se confirma el exitus. La presentación en forma de dolor costal mecánico monosintomático es poco común por lo que se necesita de una revaluación del paciente en el tiempo. Su amplio espectro de presentación clínica y, el retraso diagnóstico son los factores pronósticos más determinantes. El TEP no puede ser diagnosticado por medio de la anamnesis, cuando tenemos una alta probabilidad (puntuación de Wells > 7 o Ginebra > 11) necesitamos solicitar prueba de imagen (angiotac e tórax) para confirmación, en caso contrario de baja probabilidad solicitaremos el dímero D. La radiografía normal es lo habitual, el 65% de los pacientes con TEP muestran cambios en el EKG (taquicardia sinusal) y el 40% presentan una gasometría normal (se recomienda pulsioximetría). Los síntomas más característicos son la disnea súbita (75%), el dolor de características pleuríticas (65%), taquicardia y taquipnea. En pacientes jóvenes debutan como síncope o muerte súbita (34%).

Bibliografía

1. Vaquero Barrios JM, Redel Montero J, Jiménez Murillo L, et al. Tromboembolia pulmonar. En: Jiménez Murillo L, ed. Medicina de Urgencias y emergencias, 6ª edición. Barcelona: Elsevier, 2019.

Palabras clave: Dolor costal. Síncope. Tromboembolismo pulmonar.