



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/134 - Un dolor torácico poco frecuente

N. Otero Cabanillas^a, A. Azagra Calero^b, G.C. Rosario Godoy^b, A. Casal Calvo^c, C.J. Carrión Ballardo^d, R. López Sánchez^e, A. Asturias Saiz^e, C. Salas Pelayo^f, A. Aldama Martín^c y J.L. Cepeda Blanco^c

^aMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Santander. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Maliaño. ^dMédico Residente de Urología; ^fMédico Internista. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 27 años que acude a urgencias por palpitaciones y dolor costal izquierdo de inicio súbito de diecisiete horas de evolución. Refiere dolor opresivo, irradiado a cuello y hombro izquierdo, que aumenta con la tos y disminuye al inclinarse hacia delante. El paciente refiere un cuadro catarral la semana pasada sin fiebre. Antecedentes personales: NAMC. Neumotórax en 2008 izquierdo y en 2012 derecho. Pericarditis aguda en 2014. Sin tratamiento habitual.

Exploración y pruebas complementarias: FC: 57, FR: 17, T^a 36,8 °C, TA 121/71 mmHg. Consciente y orientado en las tres esferas, normohidratado, normocoloreado, normoperfundido, eupneico en reposo. CyC: no adenopatías, no aumento PVY. AC: rítmico, sin soplos. AP: buena ventilación bilateral. Abdomen: anodino. EEII: no fóvea, no edemas no signos de TVP. Bioquímica: normal. Troponinas 0,01, PCR: 0,1 Hemograma: leucocitos 10.100, segmentados 80,9%, linfocitos 11,5%, Hb 15,2, VCM 93, plaquetas 124.000. Coagulación normal. Radiografía de tórax: no presenta condensaciones, ni derrame y no hay datos de neumotórax. ECG: ritmo sinusal 54 lpm con elevación ST concavidad superior en caras inferior y anterior (excepto aVR y V1) Ecocardiograma normal.

Juicio clínico: Pericarditis aguda idiopática.

Diagnóstico diferencial: Taponamiento cardiaco, Infarto de miocardio, neumotórax, TEP, costocondritis.

Comentario final: La pericarditis aguda representa el 5% de las consultas por dolor torácico en urgencias. Para su diagnóstico debe existir roce pericárdico o cumplir 2 o más criterios: dolor torácico, cambios evolutivos en ECG y derrame pericárdico. Los cambios en ECG están presentes en el 60% de los casos (Criterios de Spodick) la resolución de la elevación del ST va seguida de una inversión de la onda T, que posteriormente se normalizará. El 10% pueden acompañarse de taquiarritmias auriculares. La causa más frecuente en países desarrollados es la forma viral, que representa hasta el 80% de los casos, mientras que en países en vías de desarrollo y en pacientes immunodeprimidos predomina la pericarditis tuberculosa (70-80%). Otras causas menos comunes y más específicas son las neoplásicas, autoinmune y purulenta. El curso clínico de la pericarditis es variable: 60% de pacientes tienen recuperación completa en 1 semana y el 80% tienen una recuperación completa en 3 semanas. Las principales complicaciones asociadas son el derrame pericárdico y la miopericarditis. Como tratamiento es recomendable el uso de AINES, ibuprofeno 600 mg/6 horas durante 2 semanas y colchicina 0,5 mg/12 horas durante 1 mes. Los glucocorticoides sólo estarán

indicados en aquellos pacientes sin respuesta a AINEs y colchicina, ya que su uso asocia una mayor incidencia de recidiva y están contraindicados en pacientes post-infarto. La tasa de recurrencia es del 15-30% en los pacientes no tratados con colchicina. AAS es el fármaco de elección en pacientes con enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardiaca, o enfermedad renal, pero debe evitarse en pacientes con asma y pólipos nasales. Los pacientes con fiebre, derrame pericárdico, un curso subagudo o fracaso del tratamiento inicial con AINEs tienen un peor pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jouriles NJ. Pericardial and Myocardial Disease Rosen's Emergency Medicine, 8th ed. Saunders Elsevier, 2014.
2. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en urgencias, 4^a ed. Disgallae, 2013.
3. Braunwald E. Enfermedades del Pericardio, Harrison. Principios de Medicina Interna, 18^a ed. Mc Graw Hill, 2012.
4. Aguilar Rodríguez F. Manual de diagnóstico y terapéutica médica, Hospital universitario 12 de octubre, 7^a ed. MSD, 2012.
5. Schwier N Tran N. Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs and Aspirin Therapy for the Treatment of Acute and Recurrent Idiopathic Pericarditis. 2016.