



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

452/31 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ELEVACIÓN DIFUSA DE ST EN PACIENTE CON DOLOR CENTROTORÁCICO

A. Eizagirre Menchaca¹, A. Buera Collel¹, I. Eguren Santamaría², L. Mendo Giner³

¹Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Navarra, ²Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 32 que acude al servicio de urgencias por dolor centrotorácico con irradiación a región interescapular que aumenta con la inspiración. Describe un catarro previo un mes antes. Niega palpitaciones, mareos u otros síntomas vegetativos.

Exploración y pruebas complementarias: TA120/72, FC62 lpm, T^a 36,8 °C, SatO₂ 98%. Buen estado general. Eupneico. ACP normal. No ingurgitación yugular. Abdomen normal. Sin edemas en extremidades inferiores. Rx de tórax: sin hallazgos significativos. ECG: Ritmo sinusal, con elevación difusa de ST en V1-V6 y II, III y aVF. AS: anodina, se hace seriación de troponinas sin elevación.

Juicio clínico: Pericarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: Ante un dolor centro torácico se debería hacer el diagnóstico diferencial entre entidades cardiovasculares (AIM, pericarditis, TEP), pulmonares (neumonía, neumotórax) o digestivos (epigastralgia, pancreatitis) Debido a las características del dolor, los cambios que se observan en el ECG y la analítica anodina se decide tratar el caso como una pericarditis aguda con AINEs, reposo y cita con cardiología para ver la evolución en un mes. El paciente acude tres días después a consulta de AP por presentar disnea de mínimos esfuerzos con SatO₂ 96%. Persisten los cambios en el ECG. Se decide adelantar interconsulta a cardiología quien reevalúa al paciente y pide una Rx de tórax de control. En ella se observa un neumotórax izquierdo que en la primera radiografía pasó desapercibida, precisando colocación de tubo de drenaje por parte de cirugía general. Posterior reexpansión pulmonar con mejoría de los síntomas del paciente.

Comentario final: Aunque la exploración física y las pruebas complementarias son imprescindibles a la hora de hacer el diagnóstico diferencial, tenemos que tener en mente que hay signos y síntomas que se solapan entre las distintas entidades. En nuestro caso la anamnesis, la exploración física y la elevación del ST en el ECG (aunque son típicas en la pericarditis aguda también pueden presentarse aunque menos frecuentemente en el neumotórax) nos llevan a un diagnóstico y tratamiento erróneos. En pacientes que no evolucionan favorablemente la repetición de ciertas pruebas diagnósticas que se pueden pedir desde AP, como pueden ser la analítica o la Rx, pueden mostrar signos que pasan desapercibidos en la primera valoración. Esto nos puede ayudar a ajustar el tratamiento en caso de que aparezca una complicación del diagnóstico inicial o modificarlo en caso de que fuera preciso cambiar de diagnóstico por nuevos hallazgos.

Bibliografía

Yeom SR, Park SW, Kim YD, et al. Minimal pneumothorax with dynamic changes in ST segment similar to myocardial infarction. *Am J Emerg Med*. 2017;35(8):1210.

de Blik E. ST elevation: Differential diagnosis and caveats. A comprehensive review to help distinguish ST elevation myocardial infarction from nonischemic etiologies of ST elevation. *Turk J Emerg Med*. 2018;18(1):1-10.

Palabras clave: Dolor torácico. Elevación de ST. Pericarditis aguda. Neumotórax.