



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

452/59 - DOLOR TORÁCICO EN MUJER JOVEN, SERÁ ANSIEDAD...

M. Acero Peligero¹, B. Ráfales Perucha², N. Ibáñez Ibáñez³, P. Isarre García de Jalón¹, A. Pueyo Ucar¹, S. Suñer García³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 34 años, fumadora de 15 cigarrillos/día, con antecedentes de ansiedad e hipertrigliceridemia. Diagnosticada en 2007 de artritis reumatoide tras brote en carpos, rodillas y articulaciones metacarpofalángicas, con ANA+ sin otra sintomatología. Se pauta tratamiento con Dolquine 200 mg, Dacortin 5 mg, AINE y omeprazol. En 2009 es ingresada en Medicina Interna por disnea y síndrome constitucional (con pérdida de 10 kg de peso), donde se objetiva pleuritis, derrame pericárdico, crisis hipertensivas, anemia normocítica, déficit de B12 y proteinuria. Aparecen anticuerpos previamente indetectables: AntiDNA, AntiRo, y disminución de cifras de C3-C4. Durante el ingreso presenta episodios de dolor retroesternal irradiado a cuello, sin cambios en ECG, que alivian con calcioantagonistas y nitritos, sospechosos de origen esofágico (endoscopia normal). Cambia el diagnóstico a lupus eritematoso sistémico. Se inicia tratamiento con metotrexate, ácido fólico, B12, calcio + vitamina D, nifedipino, diazepam y cafinitrina a demanda; manteniendo Dolquine, Dacortin y omeprazol. En 2015 se detectan anticuerpos antifosfolípido hasta entonces no presentes, por lo que inicia tratamiento con Adiro 300 mg. En 2017, embarazo y parto sin incidencias. Comienza a acudir frecuentemente a consulta en 2019 por ansiedad y ánimo bajo al encontrarse en trámites de divorcio. Se inicia escitalopram y trankimazin. En abril presenta episodio de dolor torácico de características pericardíticas, se deriva a Urgencias donde se diagnostica de pericarditis con derrame pericárdico y se intensifica AINE y corticoide. Enfermedad actual: acude con clínica de disnea suspirosa, opresión precordial intermitente de días de evolución que aumenta con la inspiración y a la palpación de pared torácica, y disnea de medianos esfuerzos.

Exploración y pruebas complementarias: TA 125/80, FC 95, satO2 98%. Buen aspecto. No ingurgitación yugular. AC: rítmica sin soplos. AP: normoventilación con algún crepitante en bases. Abdomen anodino. EEII: sin signos de TVP ni edemas. ECG: elevación cóncava ST en todas las derivaciones. Vuelve a tratarse como pericarditis. En revisión por cardiología se realiza ECG (ondas Q en I, avL, v1-v3), ecocardiograma (hipocinesia generalizada, imagen en ápex compatible con trombo y FEVI del 35%) troponina I 1.800. ProBNP 11.292. Ingresa para cateterismo programado: DA totalmente ocluida, estenosis proximal y tercio medio de CD. Se colocan 5 stent. Durante el ingreso presenta rachas de taquicardia ventricular no sostenida por lo que se implanta DAI.

Juicio clínico: Infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, trombo en ápex. Pericarditis. Ansiedad.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis. Ansiedad. Dolor costocondral.

Comentario final: Las enfermedades autoinmunes son un factor de riesgo de cardiopatía isquémica debido a la inflamación crónica, además los tratamientos prolongados con AINEs, corticoides e inmunosupresores, junto al tabaquismo, crean un sustrato idóneo para el desarrollo de IAM a pesar de la corta edad de la paciente. En toda mujer joven con patología autoinmune debemos hacer diagnóstico diferencial con procesos graves como el tromboembolismo pulmonar o incluso el IAM, sin dar por sentado que el diagnóstico más frecuente en ese rango de edad y sexo es la ansiedad.

Bibliografía

Martín Zurro A. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia, 8^a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Palabras clave: Dolor torácico. Disnea. Lupus eritematoso sistémico.