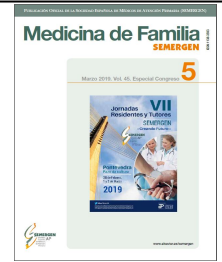




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

413/117 - UN ROCE EN EL CORAZÓN

N. Fernández Valverde¹, M. Piro¹, N. Cubelos Fernández¹, N. Martínez Cao², N. Martín Salvador³

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. ²Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. ³Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid Este.

Resumen

Descripción del caso: Varón 15 años que refería dolor centrotorácico opresivo de 5 horas de evolución, continuo, no irradiado, sin cortejo vegetativo ni disnea, que parecía empeorar con el decúbito y mejorar con la sedestación. Además refería cuadro catarral hacía 1 mes. Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Exploración y pruebas complementarias: TA 117/72 mmHg, SatO₂ 99%, T^a 36 °C. Buen estado general; eupneico; Auscultación cardiopulmonar rítmica, roce pericárdico. Extremidades inferiores: no edemas, no signos de trombosis venosa profunda, pulsos distales presentes; Resto normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 76 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Analítica: 13.800/mm³ leucocitos (74,3% neutrófilos), hemoglobina 14,3 g/dl, plaquetas 187.000; creatinina 0,66 mg/dl, Iones normales, PCR 1; troponina 26,85 ng/ml, CK 481, CK-MB 12. Tras seriación enzimática: troponina 19,54 ng/ml, CK 89, CK-MB 19,54. Con la anamnesis y los resultados de las pruebas se realizó interconsulta a Cardiología que decidió realizar ecocardiograma (derrame pericárdico), que confirmó diagnóstico de pericarditis aguda no complicada y se decidió pautar ibuprofeno 600 mg, omeprazol 20 mg, colchicina 0,5 mg y reposo relativo, evitando deporte y explicándose signos de alarma con control por su Medicina Familiar y Comunitaria.

Juicio clínico: 1. Pericarditis aguda no complicada; 2. Elevación aislada de CK (sin patrón cardíaco).

Diagnóstico diferencial: Infarto, aneurisma disecante, dolor muscular.

Comentario final: La pericarditis aguda (PA) representa el 5% de los dolores torácicos (DT) no isquémicos que acuden a urgencias (3,3 casos/100.000 hab-año requieren hospitalización); 80% de origen vírico. La triada clásica es DT que irradia a cuello o trapecio que empeora con el decúbito y mejora con la sedestación, roce pericárdico (por derrame, patognomónico) y alteraciones ECG evolutivas. Para su estudio se recomienda EF, ECG, A/S básica con Troponina US y CK y en algunos casos ecocardiografía, Rx tórax... El pronóstico de la PA viral es bueno a largo plazo, considerándose un cuadro autolimitado de entre 2-6 semanas de duración; sin colchicina recurre en el 15-30% y 1 cada 100 evoluciona a constricción pericárdica.

Bibliografía

Imazio, M. Acute pericarditis: Clinical presentation and diagnostic evaluation. Ed. UpToDate. <http://www.uptodate.com> (Acceso Enero 37, 2019).

Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [Sitio Web]. La Coruña: Fisterra.com; [actualizada el 22 de diciembre de 2015; acceso 31 de enero de 2019]. Disponible en:
<https://fisterrae.publicaciones.saludcastillayleon.es/guias-clinicas/pericarditis-aguda/>

Palabras clave: Pericarditis. Dolor torácico.