

## Lo raro es poco probable pero posible

En esta misma sección, hace meses, se expuso un caso en que una pericarditis originaba dolor en hombro. Aquí tenemos un nuevo caso sobre la misma enfermedad con síntomas también poco habituales pero no por ello menos reales.

### Caso clínico

Palomo Sanz V<sup>1</sup>, Orío Moreno E<sup>1</sup>, Zancada Martínez B<sup>1</sup>, Morales Gutiérrez F<sup>2</sup>

Centro de Salud de Torrelaguna. Madrid

Paciente de 45 años de edad, sin antecedentes de interés. Acude a su médico en temporada invernal por presentar febrícula, obstrucción nasal y rinorrea transparente, tos seca y dolor torácico no opresivo bilateral, sin disnea, que aumenta con los movimientos respiratorios desde hace 5 días. A la exploración tiene faringe roja sin exudados y la auscultación cardiopulmonar es normal, por lo que se interpreta el cuadro como de rinoфарингитis viral aguda y se pauta tratamiento con ibuprofeno, líquidos abundantes y reposo.

Un día más tarde acude nuevamente a urgencias por persistir la febrícula y presentar dolor interescapular a la deglución sin pirosis, náuseas, vómitos ni diarrea. No presenta disnea y la tos es productiva con expectoración mucosa, sin detectarse en la auscultación estertores pulmonares ni soplos o roce pericárdico ni pleural. Se interpreta el cuadro como probable esofagitis, por lo que sustituye el ibuprofeno por paracetamol y se añade omeprazol, 20 mg en desayuno durante 7 días.

Nuevamente vuelve el paciente dos días más tarde refiriendo la misma sintomatología –disfagia baja con dolor a la deglución en región interescapular–, junto con artromialgias, aunque la febrícula ha desaparecido. La auscultación sigue siendo normal al igual que la palpación abdominal, por lo que se mantiene el tratamiento.

Nuevamente vuelve el paciente un día después preocupado porque ha pasado la noche con náuseas y aumento del dolor en epigastrio sin pirosis. En la consulta hay un médico suplente, quien, ante la normalidad de la exploración (presión arterial, auscultación cardiopulmonar, pulsioximetría y palpación abdominal), solicita preferente una radiografía con bario de esófago, estómago y duodeno, aumenta el omeprazol a 20 mg cada 12 horas y añade domperidona antes de cada comida y un sobre de almagato después.

Veinticuatro horas más tarde el paciente acude de urgencias refiriendo encontrarse peor, con mayor dolor interescapular deglutorio que en la cama se hace continuo. Durante la exploración en decúbito el paciente se sienta porque dice que se le produce “un nudo retroesternal con sensación de falta de aire” que no puede soportar. Por ello se le practica un electrocardiograma (*Figura 1*) en que se aprecia ritmo sinusal a unos 65 lpm, con onda P y espacio PR normal, ascenso del ST de 1 mm cóncavo en cara inferior y lateral con onda Q en cara inferior y V5-V6. Ante este hallazgo, compatible con pericarditis aguda y/o infarto de miocardio inferior (ondas Q), se deriva al paciente a la urgencia hospitalaria.

En el hospital la analítica de sangre y orina con enzimas y la radiografía de tórax fueron normales. En el ecocardiograma no se apreciaba derrame pleural

aunque sí se objetivó hipertrofia simétrica de ventrículo izquierdo, de predominio septal y anterior, sugestiva de miocardiopatía hipertrófica no obstructiva. Fue dado de alta aconsejando tratamiento con reposo relativo una semana y limitación de esfuerzos físicos durante otras 2 ó 3 semanas más e ibuprofeno, 600 mg cada 12 horas durante 3 semanas. Además, recomendaban estudio de la posible miocardiopatía por su cardiólogo.

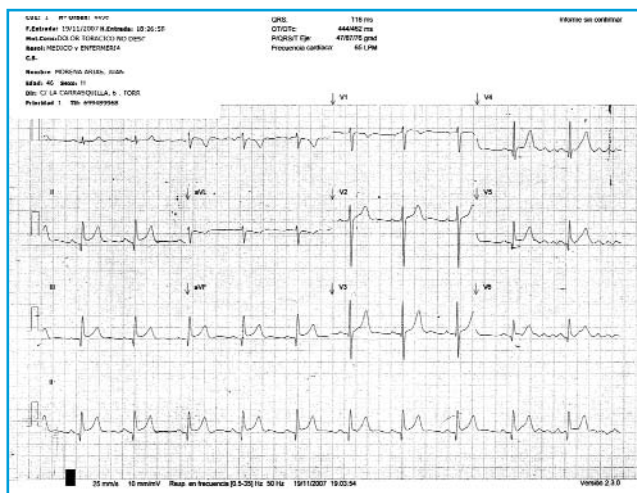


Figura 1

Antes de reincorporarse a su trabajo, con el paciente ya asintomático y haciendo vida prácticamente normal, se realizó el ECG de la **figura 2**, donde se observa persistencia de las ondas Q, normalización de la T invertida en aVL y casi normalización del ST.

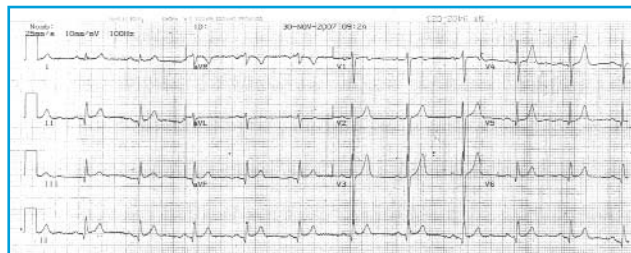


Figura 2

## COMENTARIO

En esta misma sección, hace meses, se expuso un caso en que una pericarditis originaba dolor en hombro. En este caso la misma enfermedad provocaba dolor a la deglución en región interescapular, también un síntoma raro aunque descrito de pericarditis. No obstante, ambos casos tenían una característica común: el dolor se acentuaba en decúbito.

Respecto al hallazgo coincidente de una posible miocardiopatía hipertrófica (MH), se produjo, como es habitual en esta enfermedad, de manera casual, en pacientes asintomáticos y jóvenes. Probablemente no por casualidad, la madre de nuestro enfermo, hipertensa esencial ligera (controlada con un solo antihipertensivo), está siendo estudiada actualmente por el cardiólogo, ante el hallazgo de signos de hipertrofia y/o isquemia miocárdica en el ECG (inversión “espectacular” de T de V3 a V6), de una probable MH.