

Dolor torácico en varón joven

Eva Regueira Pan¹, María Antonia Trueba Moreno²

¹Médico de familia, C.S. Fontenla Maristany

²Médico de familia. Servicio de Integración Asistencial

Cad Aten Primaria
Año 2013
Volume 19
Páx. 132-132

CASO CLÍNICO

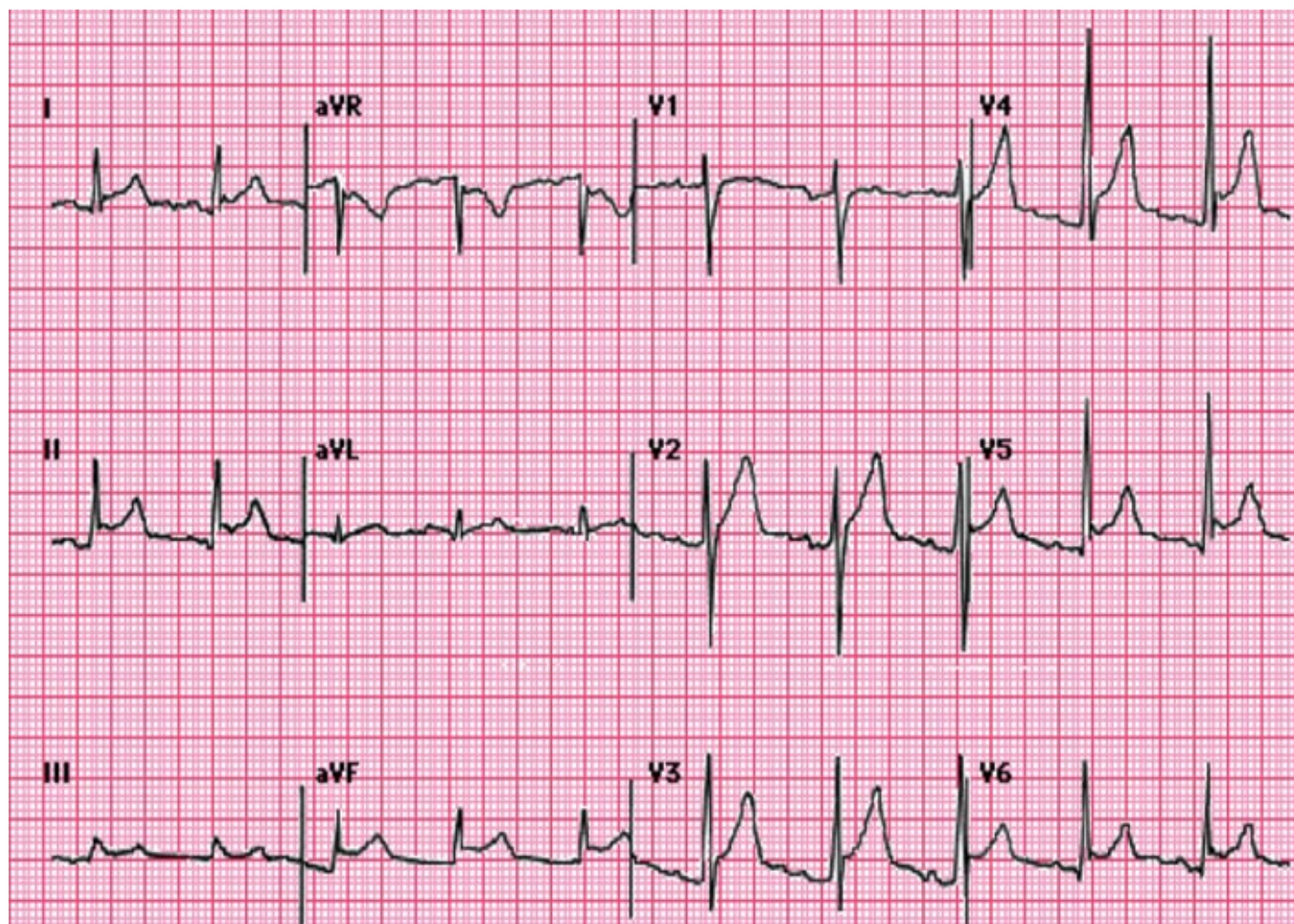
Varón de 32 años sin antecedentes de interés. Acude a Urgencias por dolor retroesternal de 24 horas de evolución que aumenta en decúbito y mejora con la bipedestación. En los días previos presenta fiebre y exantema pápulo-vesicular en tronco, cara y brazos. Su hija de 5 años había sido diagnosticada de varicela en días previos.

PREGUNTAS

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. I.A.M
2. Miocardiopatía dilatada
3. Pericarditis por varicela

El E.C.G. es el siguiente:



desarrollan en larvas cuando el calor y el grado de humedad son apropiados. Éstas permanecen en el suelo hasta que se ponen en contacto con la piel humana, en la que penetran con facilidad³ y se mantienen en capas superficiales sin sufrir transformaciones, ya que el hombre no es su huésped natural, aunque excepcionalmente puede hacerlo dando lugar a un cuadro de larva migrans visceral².

Las zonas del cuerpo más frecuentemente afectadas son las que se ponen en contacto con el suelo: pies, nalgas y tronco³.

A las 24-48 horas de penetrar la larva en la piel aparece en esa zona una pápula eritematosa y pruriginosa. Unos 4 días después, comienza a avanzar desplazándose a razón de 2-5 cm/día, sobre todo por la noche, produciendo un túnel serpinginoso de pocos milímetros de ancho³. La parte más antigua del túnel se vuelve descamativa, dejando cambios discrómicos transitorios tras la curación². En ocasiones, las lesiones son vesiculoampollosas.

La LMC se ha relacionado con el síndrome de Löeffler (eosinofilia pulmonar transitoria), considerándose una manifestación infrecuente de la enfermedad⁴.

Los pacientes se quejan de prurito intenso que es causa de insomnio y rascado violento, algunas veces con sensación de quemazón³.

La evolución es generalmente benigna y autolimitada por la muerte de la larva en 1-3 meses.

El diagnóstico es clínico y se basa en el interrogatorio y en la exploración de las lesiones. Se sospecha por eosinofilia sanguínea y se confirma por la presencia de larvas en las heces.

Las biopsias cutáneas no son útiles, ya que las larvas suelen estar más allá del extremo visible de las lesiones.

Esta dermatosis requiere el diagnóstico diferencial con otras parasitosis como larva migrans visceral, erupciones por *Strongyloides stercoralis*, además de otras patologías como dermatitis alérgica de contacto, urticaria facticia y pioderma³.

TRATAMIENTO

Las medidas preventivas consisten en el uso de ropa y calzado que impidan el contacto con el suelo.

A pesar de ser una enfermedad autolimitada se trata a los pacientes por la importancia de los síntomas, existiendo un gran arsenal terapéutico que podemos emplear dependiendo del número de lesiones^{1,2}. Cuando hay pocas lesiones se puede utilizar enfriamiento local (nitrógeno líquido) aunque es poco probable que resuelva el problema debido a la dificultad para identificar la posición exacta del parásito, que por otra parte puede soportar bajas temperaturas. Otra opción, si las lesiones son poco numerosas, son el tratamiento tópico con tiabendazol, que requiere varias dosis a lo largo del día y a veces origina reacciones irritantes locales.

Cuando el número de lesiones es mayor se recomienda el tratamiento sistémico por vía oral. Los de mayor efectividad son albendazol 400mg/día de 3 a 5 días, así como ivermectina 200mg/Kg/día en dosis única^{3,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Varela Castro CS, Varela Cerdeira M, Pascual Martín ML. Larva mmigrans cutanea: diagnostico de sospecha y tratamiento en Atención Primaria. MEDIFAM 2002;12:655-7.
2. Puente Puente S, Bru Gorraiz F, Azuara Solís M, Colomo Gómez C, González Lahoz JM. Larva migrans cutanea: 34 casos importados. Rev Clin Esp 2004;204(12):636-9.
3. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Treatment of larva migrans cutanea (creeping eruption): a comparison between albendazole and traditional therapy. International Journal of Dermatology 2001;40:67-71.
4. Kurgansky D, Burnett JW. Creeping eruption. Cutis 1990;45:399-400.
5. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. Clin Inf Dis 2000;30:811-4.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO DOLOR TORÁCICO EN VARÓN JOVEN

DIAGNÓSTICO

Pericarditis por varicela zoster

La varicela es la forma habitual de presentación de la primoinfección por el virus varicela zoster, que afecta generalmente a niños y suele tener un curso benigno. La importancia clínica de la misma está condicionada por su alta contagiosidad (90% de los contactos familiares) y la aparición de complicaciones. En países desarrollados, menos del 5%

de los casos de varicela ocurre en adultos aunque con mayor índice de complicaciones y mayor mortalidad que en la infancia. La neumonía es la complicación más frecuente y grave de la varicela del adulto.

Las complicaciones cardíacas de la varicela en adultos sanos son raras, siendo la pericarditis aguda aislada, con o sin derrame pericárdico la forma más habitual de presentación.

El dolor torácico es el síntoma principal de las pericarditis.

El E.C.G. muestra una elevación difusa del ST sin cambios en la morfología del QRS. Al cabo de varios días el segmento ST retorna a la normalidad y existe aplanamiento de la onda T que puede llegar a invertirse.

La pericarditis como complicación de la varicela, aunque poco frecuente, requiere ingreso hospitalario. El tratamiento se basa en aliviar el dolor y el reposo de cara a garantizar la estabilidad del paciente y, por otra parte el empleo de fármacos antivíricos específicos, aciclovir como primera opción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Fernández R et al. Miocarditis por virus varicela zoster en el adulto. *An Med In*; 2007; 24(6): 307-308.
2. Myridakis D et al. Varicella myopericarditis mimicking myocardial infarction in a 17 year old boy. *Tex Heart Inst J*.2011; 38(3): 288-290.

RESPUESTAS AL CASO CLÍNICO ¿ESCOMBROIDOSIS?

Se aconseja la administración de antihistamínicos H1 en casos leves y broncodilatadores y/o adrenalina en casos de inestabilidad hemodinámica. El uso de corticoides es controvertido.

En la mayoría de los casos la clínica remite en las 24 horas siguientes al consumo. La cefalea persistente del envenenamiento mejora con cimetidina o algún otro antihistamínico similar si los analgésicos habituales no son eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adriá Micó JM, Ibor Alós P. Eritema y palpitations en varón de 21 años. *Práctica clínica. Revista valenciana de Medicina de Familia*. 2005; 24-25.

2. Field-Cortazares J, Calderón Campos R: Escorboidosis, intoxicación por histamina. *Bol Clin Infant Edo. Son*. 2008; 25(2): 91-94.
3. Guíu Solano MA, RocandioCilvetti B, Jiménez Villareal D, Iturralde Orive I, Canduela Fernández C, Sala Ayma J, OtxoaOna A. Escorboidosis: una forma de reacción tóxica por alimentos. Póster presentado al 58º Congreso de la Asociación Española de Pediatría 2009.
4. Auerbach PS, Norris RL. Trastornos producidos por mordeduras de serpiente y por venenos de animales marinos. *Harrison. Medicina Interna*. 17ed. 2008; 2741-2754.
5. Hijano Baola A, Carreño Freire P, Estévez Muñoz JC et al. Sospecha de escombroidosis. *SEMERGEN*. 2005; 31(7):329-30.
6. Morrow JD, Margoles GR, Rowland J. Evidence that histamine is the causative toxin of scombroid-fish poisoning. *N Engl J Med*. 1991; 716-720.

RESPUESTAS AL CASO CLÍNICO MALFORMACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR

COMENTARIO

La madre sufrió durante el embarazo náuseas y vómitos importantes, por lo que se le indicó un tratamiento con un medicamento que contenía Talidomida, que fue la causa de su malformación.

La Talidomida fue sintetizada en el año 1954 en Alemania y se introdujo en el mercado europeo en el año 1957 para el tratamiento de la

ansiedad, insomnio, náuseas y vómitos en las mujeres embarazadas, porque no provocaba adicción ni tenía los efectos adversos de los barbitúricos¹.

Sin embargo, tuvo que ser retirada a los pocos años, cuando Lenz publicó un trabajo en 1962 donde relacionaba la ingesta de Talidomida, en los primeros meses del embarazo, con la aparición de malformaciones y/o ausencia de diferentes partes de las extremidades (fig. 1): ausencia de huesos de región hipotenar, fusión de falanges proximales 3ª y 4ª y distales 2ª y 3ª. La presencia de diferentes partes de la