Semergen. 2015;41 (Espec Congr):431

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/737 - ¡ME VUELVE A DOLER EL PECHO, OTRA VEZ!

M.J. Narváez Gómez[a], I. Roiz González[b], V. Sáinz Gil[c], F.B. Rivero Sierra[d] y F. Gómez Molleda[e]

[a]Médico de SUAP. Cantabria. [b]Médico de Familia. Centro de Salud San Vicente de la Barquera. Cantabria. [c]Enfermera. Servicio de Urgencias AP. Centro de Salud San Vicente de la Barquera. Cantabria. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Alto Asón. Ramales. Cantabria. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Ramales. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años, HTA. fumador. Clínica de claudicación intermitente. Hace 4 días diagnosticado de infarto agudo de miocardio tratado con ACTP-stent FA en CDp, Tratamiento actual: clopidrogel 75 mg, AAS 100, bisoprolol 2,5, enalapril 5, atorvastatina 80 y omeprazol 20. 6 horas después del alta, acude de nuevo a Urgencias por dolor de 20 minutos de duración en hemitórax izdo. irradiado a zona centrotorácica, sensación disneica l, varía con determinadas posturas y no se acompaña de clínica vegetativa.

Exploración y pruebas complementarias: TA 145/105 FC 72 Sat. 94% Tª 37,1 ºC ECG: RS 72 ppm, T neg. en II, III, aVF, V4 a V6,consciente, afectado por el dolor, AC rítmico, AP m.v.c.. Se le administra 1 puff de solinitrina desapareciendo el dolor a los 3 minutos. Analítica Trop T 2700, ecocardiograma: AK inferioposterior con FEVI en limites bajos de la normalidad. IM ligera.

Juicio clínico: Pericarditis postinfarto.

Diagnóstico diferencial: Reinfarto, aneurisma de aorta, síndrome costo-esternal, esofagitis, ansiedad.

Comentario final: La pericarditis que acontece tras un infarto puede presentarse de dos formas: una temprana, en la primera semana postinfarto (pericarditis epistenocárdica) y otra tardía, desde una semana a varios meses tras el infarto (síndrome de Dressler). La pericarditis epistenocárdica ocurre entre el 5 y el 20% de los infartos transmurales y a menudo pasa desapercibida o es poco sintomática. El síndrome de Dressler no precisa que exista un infarto transmural, puede aparecer como una extensión de la pericarditis epistenocárdica, y se postula de etiología autoinmune. La pericarditis se presenta clásicamente con dolor torácico posicional, roce pericárdico, elevación difusa del ST y depresión del PR pero los cambios ECG asociados a una pericarditis postinfarto a menudo están ensombrecidos por los secundarios al propio infarto. La evolución típica de la onda T es negativizarse entre las 48 y las 72h tras el infarto, en ocasiones puede verse un ST permanentemente elevado o incluso una "resurrección" (elevación) de una onda T previamente invertida que puede ser típico de una pericarditis pero que también puede sugerir un reinfarto. En nuestro caso durante los 3 días que permaneció ingresado la onda T permaneció negativa, la trop T. descendió paulatinamente y tras tratamiento con ibuprofeno el paciente quedó asintomático. El

ibuprofeno es de elección porque aumenta el flujo coronario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maisch B, Seferovic PM, Ristic AD, et al. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. Versión resumida. Rev Esp Cardiol. 2004;57:1090-114.

2. Oliva PB, Hammill SC, Talano JV. T wave changes consistent with epicardial involvement in acute myocardial infarction. Observations in patients with a postinfarction pericardial effusion without clinically recognized postinfarction pericarditis. J Am Coll Cardiol. 1994;24(4):1073-7.

3. Doulaptsis C. Goetschalckx K, Masci PG, et al. Assessment of Early Post-Infarction Pericardial Injury by CMR. J Am Coll Cardiol Img. 2013;6(3):411-3.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.