



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

423/154 - NO TODO DOLOR TORÁCICO ES LO QUE PARECE

R. Muñoz Gamero¹, O. Drabovich², M. de la Casa Ponce³

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Cabezas de San Juan. Sevilla, ²Médico DCCU. Las Cabezas de San Juan. Sevilla. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Las Cabezas de San Juan. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 29 años, que acude a servicio de urgencias de atención primaria por dolor centro-torácico de aparición brusca mientras desayunaba, en reposo, de 2 horas de evolución. El día anterior presenta un cuadro similar de menor intensidad y auto-limitado en 20 minutos. Se acompaña de sudoración profusa, sin mareo ni otros síntomas. Niega consumo de tóxicos o alcohol, sin medicación habitual, no refiere mayor estrés o ansiedad. No tiene factores de riesgo cardiovascular. Antecedente de síndrome ansioso-depresivo. Pasa directamente para realización de electrocardiograma (ECG), en el que se objetiva imagen de infarto en cara inferior tanto a su llegada como en los sucesivos durante el traslado. Se administra nitroglicerina sublingual con notable mejoría. Se activa código infarto y derivamos a hospital de referencia en ambulancia con monitorización, canalización de vía periférica y protocolo de anticoagulación (clopidogrel + ácido acetilsalicílico + heparina de bajo peso molecular).

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido, febril, con palidez cutánea. Tensión arterial 133/81 mmHg, saturación O₂ 100%, frecuencia cardíaca 100 lpm. Auscultación cardiorrespiratoria normal. ECG (Centro de Salud): ritmo sinusal, 72 lpm, eje normal, elevación ST de 2 mm en II y III con T picudas, supradesnivelación ST de 1 mm de V4 a V6. Coronariografía: sin lesiones coronarias. Bioquímica y gasometría: leucocitosis, elevación de reactantes de fase aguda y de creatin-kinasa (CK) en 585 U/l. En sucesivas analíticas normalización de CK y resto de parámetros. Telemetría durante ingreso: sin eventos. Ecocardiograma: ligera hiperecogenicidad de pericardio, sin derrame, resto normal. RMN cardíaca con gadolinio: hallazgos compatibles con miocarditis aguda, con escasa fibrosis, con función biventricular conservada. ECG (hospital): ritmo sinusal, 66 lpm, supradesnivelación de ST de V3 a V6, con muesca en QRS y en cara inferior y ondas T negativas en III.

Juicio clínico: Miopericarditis aguda con escasa fibrosis y función biventricular conservada.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio. Disección aórtica. Neumotórax espontáneo. Pleuritis.

Comentario final: La miocarditis es una enfermedad inflamatoria del miocardio de diversa etiología, con mayor frecuencia de tipo infecciosa (virus) o secundaria a cardiopatía reumática en países subdesarrollados. También es frecuente la causa tóxica-medicamentosa, enfermedades autoinmunes o inhalación de metales pesados. Su clínica es muy variable, desde asintomática o simular un cuadro viral en la mayoría de ocasiones, hasta generar insuficiencia cardíaca congestiva o incluso fallo hemodinámico fulminante con muerte súbita. En nuestro caso lo que parecía un cuadro de síndrome coronario agudo con elevación de ST, tanto por clínica como por resultado del electrocardiograma, en paciente sin factores de riesgo cardiovascular. Finalmente

resultó en un cuadro de miocarditis que se resolvió satisfactoriamente tras 2 días de ingreso con AINEs y colchicina. Su origen probable la inhalación de metales pesados (herrero de profesión).

Bibliografía

Dominguez F, Kühl U, Pieske B, Garcia-Pavia P, Tschöpe C. Actualización sobre miocarditis y miocardiopatía: el resurgir de la biopsia endomiocárdica. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 69(2):178-87.

Schultheiss HP, Kuhl U, Cooper LT. The management of myocarditis. *Eur Heart J.* 2011;32:2616-25.