



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 387/84 - DOLOR TORÁCICO ATÍPICO EN PACIENTE JOVEN

G. Rijo Nadal<sup>1</sup>, J. Cepeda Blanco<sup>2</sup>, A. Aldama Martín<sup>2</sup>, A. Asturias Saiz<sup>1</sup>, A. Casal Calvo<sup>2</sup>, A. Ukar Naberan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.

<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 27 años, con antecedentes personales de cólicos nefríticos de repetición, migraña, en tratamiento habitual con propanolol y sumatriptan. Acude a la consulta de AP por cuadro clínico de 5 días de evolución de diarrea de tipo líquida y secreciones nasofaríngeas de coloración blanquecina sin fiebre, que se trata con medidas sintomáticas. Reacude a la consulta a los 10 días, con mejoría sintomática, agregando dolor torácico de tipo opresivo mientras estaba acostado, no modificable con la postura ni con los movimientos y que ha persistido aproximadamente 8 horas. El dolor se irradia hacia hemitórax izquierdo y ESI con sensación de acorchamiento en la extremidad. No asocia cortejo vegetativo. Niega tóxicos. En C.S. se realiza ECG, con aumento del ST de V3-V6. Se decide remitir a urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Signos vitales normales. General: consciente, orientado. Hidratado y perfundido. Normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneico. AC: rítmicos, sin soplos. No roce ni extratonos. AP: MVC sin ruidos agregados. Abdomen: anodino. Extremidades: normal. Hemograma y coagulación: normales. Bioquímica: troponinas seriadas: hasta valores de 7,35 ng/ml. ECG: ritmo-sinusal a 55 lat/min, PR-normal, QRS-estrecho. Supradesnivelación en V4-V5 (1 mm). Radiografía de tórax: normal. Ecocardiograma transtorácico: normal, sin alteraciones segmentarias. Cardio-RMN (post-alta): sin hallazgos de significación patológica.

**Juicio clínico:** Miopericarditis.

**Diagnóstico diferencial:** SCACEST. Pericarditis constrictiva. Tromboembolismo pulmonar. Neumotórax.

**Comentario final:** Paciente ingresa en la unidad de alta resolución hospitalaria. Tras tratamiento y monitorización, evoluciona de manera satisfactoria, mínimas molestias precordiales inespecíficas al alta y hemodinámicamente estable. Se da de alta pendiente de cardioRMN y revisión en consulta de Cardiología con tratamiento ibuprofeno y colchicina. La pericarditis aguda o miocarditis son comunes, pero pueden ser difíciles de manejar y pueden tener complicaciones potencialmente mortales. La pericarditis aguda es una inflamación del pericardio con inicio agudo de síntomas, la miopericarditis, un síndrome principalmente pericardítico con miocarditis concomitante y la perimicarditis es principalmente miocárdico con pericarditis concomitante. En la práctica clínica tanto la pericarditis como la miocarditis coexisten porque comparten agentes etiológicos comunes,

principalmente virus cardiotrópicos. La clínica es diversa, reflejando la variabilidad de la afectación miocárdica, que puede ser focal o difusa, afectando a cualquiera o a todas las cámaras cardíacas. Se necesita una historia clínica y examen físico minucioso con una buena interpretación del electrocardiograma y la aplicación de criterios diagnósticos para realizar un diagnóstico preciso, excluir enfermedades concomitantes y tratar adecuadamente a los pacientes. Aproximadamente el 90% de los pacientes, tienen alterado el electrocardiograma. Se puede observar la elevación difusa de ST, la depresión de PR, seguido de la normalización de los segmentos ST y PR, y luego las inversiones de onda T difusas. La cardio-resonancia magnética es obligatorio para la confirmación del diagnóstico (clase I). El tratamiento debe estar enfocado según la etiología. Los antiinflamatorios no esteroides o la aspirina con la adición de colchicina siguen siendo el pilar de la terapia. Los pacientes con compromiso hemodinámico que son resistentes a la terapia o que presentan características de alto riesgo deben iniciar la hospitalización y el inicio de una terapia más agresiva e invasiva.

## **Bibliografía**

Imazio, M. Myopericarditis. [Online]. Disponible en: <https://www.uptodate.com.scsalud.a17.csinet.es/contents/myopericarditis?search = miopericarditis-> [Accessed-2-January-2019].

Farzad A, Schussler JS. Acute-Myopericardial-Syndromes. Emergency Cardiology; From ED to CCU. 2017;36(1):103-14.