



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/737 - ¡Me vuelve a doler el pecho, otra vez!

M.J. Narváez Gómez<sup>a</sup>, I. Roiz González<sup>b</sup>, V. Sáinz Gil<sup>c</sup>, F.B. Rivero Sierra<sup>d</sup> y F. Gómez Molleda<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de SUAP. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Vicente de la Barquera. Cantabria. <sup>c</sup>Enfermera. Servicio de Urgencias AP. Centro de Salud San Vicente de la Barquera. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Alto Asón. Ramales. Cantabria. <sup>e</sup>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: clopidogrel 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 hemicárdia izda. irradiado a zona centrotorácica, sensación disnea 1, varía con determinadas posturas y no se acompaña de clínica vegetativa.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 145/105 FC 72 Sat. 94% T<sup>a</sup> 37,1 °C 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 límites 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.