



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2704 - DOCTOR, ¿SOY MUY JOVEN PARA TENER UN INFARTO?

I. Corredor Martiarena<sup>a</sup>, S. Martín García<sup>b</sup>, L. Gainza García<sup>b</sup>, S. Rodríguez Castro<sup>c</sup>, A. Marquina García<sup>d</sup> y M. Talavera Utrera<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Guadalajara. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Guadalajara. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud GUSUR. Guadalajara. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara Sur. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara Sur.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 18 años sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias del Centro de Salud por presentar astenia, malestar general y cefalea de varios días de evolución asociando fiebre de hasta 38,5 °C esa mañana y dolor opresivo centrotorácico, estando en reposo, irradiado a mandíbula, que no se modifica con los movimientos, ni la respiración ni presenta cortejo vegetativo, de 2 horas de evolución. Niega consumo de tóxicos. Ha tomado ibuprofeno y paracetamol.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 155/87 mmHg, FC 106 lpm, SatO2 basal 100%, T<sup>a</sup> 35,5 °C. Consciente. Orientado. Normocoloreado. Normohidratado. Eupneico en reposo. AC: rítmico sin soplos ni roce pericárdico. AP: MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. Resto normal. Analítica: leucocitos 14.300 con neutrofilia 11.000. Monocitosis 1.800. CPK 761. Troponinas 15.894,8 PCR 139,9. ECG: ritmo sinusal a 105 lpm, descenso de PR, elevación de ST cóncava en II, III y aVF; Q en III, elevación del punto J en V4-V6. Ecocardiograma: compatible con miopericarditis aguda que imita infarto inferolateral. Sin anomalías segmentarias ni derrame pericárdico.

**Juicio clínico:** Miopericarditis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** SCACEST, crisis de ansiedad, consumo de tóxicos.

**Comentario final:** Se decide traslado en UVI móvil a Urgencias Hospitalarias donde mejora la sintomatología y tras la realización de pruebas complementarias se decide ingreso en UCI con buena evolución posterior. La miopericarditis es una complicación de la pericarditis aguda, con un pronóstico favorable de forma global, producida por una amplia variedad de agentes infecciosos, habitualmente virus. Es una enfermedad infradiagnosticada, con una incidencia difícil de determinar. Debemos tenerla en cuenta en pacientes de edad infantil y adultos jóvenes ya que es la causa del 4-12% de muerte súbita.

### Bibliografía

1. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7<sup>a</sup> ed. Madrid: MSD, 2012.
2. Imazio M. Myopericarditis. UpToDate; 2017.
3. Morentin B, Suárez-Mier P, Audicana C, Aguilera B, Garamendi PM. Incidencia y causas de muerte súbita en menores de 36 años. Med Clin (Barc) 2001;116:281-5.

4. González González AM, Camacho Jurado FJ. Miopericarditis aguda de origen viral: complicaciones durante el ingreso y pronóstico a medio plazo. Cardiocore. 2016;51(Espec Congr):121.

**Palabras clave:** Dolor torácico. Fiebre.