



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/745 - UN RESFRIADO CON FINAL IMPREVISTO

J. López Marín<sup>1</sup>, D. Roldán Lafuente<sup>2</sup>, R. Romera Martínez<sup>3</sup> y J. López Díez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia.<sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia.<sup>3</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 22 años que acude a consulta de Atención Primaria (AP) porque refiere desde hace 3 días, artromialgias, hiporexia, sensación distérmica, odinofagia y fiebre de hasta 39 °C. Tras iniciar tratamiento, regresa 2 días después de urgencia por dolor torácico retroesternal opresivo, irradiado a ambos hombros, sin cortejo vegetativo que empeora con los movimientos respiratorios. Tras hallazgos en ECG se deriva a urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 124/59 mmHg, FC: 100 lpm, T<sup>a</sup>: 36,8 °C, SatO2: 98%, afectado por dolor, normohidratado, normocoloreado. Taquipneico en reposo. AC: rítmica sin soplos ni extratonos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. MMII: sin edemas. ORL: faringe hiperémica sin placas ni exudados. ECG: ritmo sinusal a 95 lpm, PR normal, QRS estrecho, eje a 90°. Elevación de ST en II, III, aVF y v3-v6. Descenso ST en V1. Analítica: PCR: 12,2 mg/dl, leucocitos 24.710 (74,1% neutrófilos, linfocitos 13,5%, monocitos 11,4%), TnT us 1<sup>a</sup>: 732 pg/ml, 2<sup>a</sup>: 781 pg/ml, 3<sup>a</sup>: 508 pg/ml, resto de analítica normal. Rx tórax: ICT normal. No pinzamiento de senos. Sin infiltrados o condensaciones parenquimatosas. Hilos normales. Ecocardiograma y telemetría: sin hallazgos significativos. ECG en consulta AP, tras alta: ritmo sinusal a 70 lpm, QRS estrecho. PR normal. Eje a 90°. Elevación ST “en guirnalda” de v1 a v3 con T negativa evolutiva en el resto de derivaciones.

**Orientación diagnóstica:** Miopericarditis aguda no complicada.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome coronario agudo, neumotórax, neumonía, TEP, disección aórtica.

**Comentario final:** La pericarditis aguda sigue siendo un diagnóstico frecuente, representando un 5% de los dolores torácicos no isquémicos que acuden a urgencias. Entre el 15 y el 35% presentan elevación de biomarcadores cardíacos (miopericarditis). La etiología más frecuente es la viral o idiopática, y tiene un pronóstico excelente a largo plazo, con resolución en 2-6 semanas tras tratamiento. La base del mismo son los AINEs y la colchicina. En nuestro caso, el paciente quedó asintomático a las 3 semanas del inicio de la clínica.

### Bibliografía

1. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede web]. Pericarditis aguda. Última revisión en diciembre 2015 [acceso 20 de agosto de 2020].

**Palabras clave:** Pericarditis. Corazón. Dolor torácico.