



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/324 - ¡QUÉ MAL ME ESTÁ SENTANDO ESTA GRIPE!

R. López Sánchez<sup>a</sup>, E. Grasun<sup>b</sup>, A. Grasun<sup>c</sup>, A. Azagra Calero<sup>d</sup>, V. Cambero Cortés<sup>e</sup> y M. Turégano Yedro<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>FEA Urgencias hospitalarias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 1º año. Centro de Salud Nuevo Cáceres. <sup>f</sup>Médico Residente de 3º año. Centro de Salud San Jorge. Cáceres.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 19 años sin antecedentes de interés, acude al Centro de Salud por cuadro en las últimas 48 horas de mal estado general, cefalea, mialgias y fiebre de hasta 38 °C. Asociando dolor centrotorácico opresivo, sin irradiación y sin cortejo vegetativo; el dolor no cambia con la posición, pero sí aumenta con la respiración profunda. Niega clínica similar previa ni consumo de drogas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente se mantiene estable hemodinámicamente aunque afectado por el dolor, sudoroso e inquieto. Constantes normales (afebril, TA 123/68 mmHg, FC 71l pm, SatO2 98%). La exploración física resulta anodina. Se realiza ECG donde se registra ritmo sinusal y supradesnivelación del segmento ST difusa (anterolateral e inferior), con descenso del PR. Dados los hallazgos derivamos en UVI móvil a Urgencias hospitalarias. Allí solicitan analítica, donde se detecta leve leucocitosis sin desviación izquierda, y movilización de enzimas cardíacas, por lo que avisan a Coronarias que realiza ECOTT de urgencia (hipoquinesia inferior y lateroapical, conservando buena contractilidad global). Finalmente el paciente ingresa en Servicio de Críticos para monitorización de la evolución. Durante su estancia en Cardiología, el paciente se mantiene hemodinámicamente estable en todo momento, con control posterior del dolor torácico tras inicio de AINEs. Fue dado de alta a domicilio 72 horas más tarde.

**Juicio clínico:** Miopericarditis aguda, de probable origen viral.

**Diagnóstico diferencial:** SCACEST, síndrome aórtico agudo, TEP agudo

**Comentario final:** La miopericarditis se diagnostica mediante la detección de uno o ambos de los siguientes criterios: elevación de biomarcadores cardíacos y evidencia de inflamación miocárdica detectada mediante la RMN cardíaca, o nueva o presunta nueva disfunción sistólica ventricular izquierda focal o global en estudios ecocardiográficos. Etiología idiopática, infecciosa o autoinmune. Se recomienda la hospitalización para el diagnóstico y la monitorización en pacientes con afectación miocárdica

### Bibliografía

1. Imazio M, Trincheri R. The spectrum of inflammatory myopericardial diseases. *Int J Cardiol.* 2010;144:134.
2. Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: *Eur Heart J.* 2015;36:2921