



## 242/277 - UN MISMO AGENTE. DOS PATOLOGÍAS

E. Cordero Sánchez<sup>a</sup>, R. Menaya Macías<sup>a</sup>, M. Macías Espinosa<sup>a</sup>, A. González Huéscar<sup>b</sup>, C. Gil Martínez<sup>c</sup> y M. Maynar Mariño<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Progreso. Badajoz. <sup>b</sup>Enfermera. Centro de Salud El Progreso. Badajoz. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud El Progreso. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 16 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consulta en el Servicio de Urgencias por odinofagia y fiebre termometrada, así como dolor opresivo a nivel de hemitórax izquierdo, no irradiado, que no se modificaba con la inspiración ni con los cambios posturales y que comenzó mientras se encontraba en reposo. Presentaba también sensación de falta de aire y había tenido náuseas y un episodio de vómitos de contenido alimentario. Tras valoración por nuestra parte, con realización de pruebas complementarias y habiendo llegado a un diagnóstico, solicitamos valoración por Cardiología, ingresando el paciente en dicho servicio, donde evoluciona favorablemente con el tratamiento y es dado de alta tras seis días de ingreso. En revisiones posteriores se mantiene clínicamente estable.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración física general, únicamente destacaba hipotensión arterial, además de orofaringe hiperémica con amígdalas hipertróficas y adenopatía cervical izquierda no dolorosa a la palpación. Analítica: a destacar leucocitosis de 12.600 con linfocitosis y monocitosis, elevación de fibrinógeno así como de troponina I (con un pico máximo de 24) y CPK (pico máximo 1240). ECG: elevación de ST en I, II y de V4 a V6, con morfología en guirnalda. Radiografía de tórax: sin hallazgos. Ecocardiograma: mínimo derrame pericárdico. Resto sin interés. Inmunomicrobiología: a destacar antígeno de la cápsida del virus Epstein Barr IgG y citomegalovirus IgG positivos.

**Juicio clínico:** Miopericarditis aguda no complicada. Faringo-amigdalitis aguda concomitante. Síndrome mononucleósido pasado.

**Diagnóstico diferencial:** Dolor torácico mecánico, isquemia miocárdica, neumotórax espontáneo, tromboembolismo pulmonar, infección respiratoria de vías bajas...

**Comentario final:** La presentación clínica de la miopericarditis aguda es muy variable; ante un paciente joven con clínica de dolor torácico como el anteriormente referido, debemos pensar en esta patología; y más aún si hay antecedentes recientes de infección vírica, ya que la causa viral es la más frecuentemente asociada a esta entidad, junto con la idiopática. El electrocardiograma, disponible en las consultas de Atención Primaria, es nuestra principal herramienta diagnóstica.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2015.
2. Electrocardiografía Clínica. Publicaciones Permanyer; 2012.

**Palabras clave:** Odinofagia. Dolor torácico. Guirnalda.