



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

228/24 - EL BESO QUE ROMPIÓ UN CORAZÓN

E. Vioria Nieves^a, M. Borrell Thió^b, E. Merino Domínguez^c, M. Ramírez Carbajal^b, A. Ramírez Carbajal^b, C. Santamaria Colomer^b y G. Portela Rosada^b

^aResidente de 4º año de Medicina de Familia; ^bMédico de Familia; ^cEnfermera. CS Sant Roc. Badalona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 22 años fumador activo. Sin antecedentes patológicos. Al 6º día de tratamiento con amoxicilina 1.500 mg/día y AINE por Amigdalitis infecciosa. Acude a urgencias de atención primaria por dolor torácico precordial, progresivo, opresivo, intenso, no irradiado, que aumentaba con la inspiración, que mejoraba en sedestación y con inclinación hacia delante de 2 días de evolución, además persistía odinofagia.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, tensión arterial 125/86 mmHg, frecuencia cardíaca 78 latidos por minuto, pulsioximetría: 98%. Auscultación cardíaca: ruidos cardíacos regulares, sin soplo, ni roce y resto del examen anodino. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75', PR descendido a 160 ms de manera difusa, QRS 80 ms con elevación del segmento ST de morfología cóncava de manera difusa máximo 1,5 mm en todas las derivaciones. Hemograma: leucocitos 11.600 (46%N, 40%L), Hb: 14,3 g/dL, plaquetas: 215.000. Bioquímica: creatinina normal, ALT: 586 U/l, PCR: 5,5 mg/L, CK: 89 U/L, curva de troponinas negativa. Epstein Barr, Ac heterófilos. Paul Bunnell-urgente: positivo. Radiografía de tórax: índice cardiorácico normal, sin infiltrados en parénquima. ECG: igual al previo.

Juicio clínico: Por las características del dolor y el ECG se diagnostica de pericarditis aguda idiopática y en el hospital confirman diagnóstico, contextualizan mononucleosis infecciosa y descartan complicaciones. Dan alta médica indicando: Reposo. Ácido acetilsalicílico 1.000 mg/6 h en pauta descendente durante 1 mes. Colchicina 1 mg/24 h tres meses. Control por su médico de familia.

Diagnóstico diferencial: El dolor torácico no traumático representa entre el 5-20% de las consultas de urgencias. Según su etiología el 16-22% es de origen cardíaco, 3-8% pleuropulmonar, 36-49% musculoesquelético, 2-19% gastrointestinal, 5-8% psicógeno y 16-17% otros. Ante todo dolor torácico primero hemos de descartar las causas de riesgo vital ya que 1 de cada 4 se deben a un síndrome coronario agudo (SCA). El paciente del caso clínico tenía pocas probabilidades de presentar un SCA. Presentaba dos criterios diagnósticos de pericarditis aguda: dolor de tipo pleuropericárdico no isquémico y cambios difusos típicos en ECG. La pericarditis aguda es un síndrome pericárdico inflamatorio con o sin derrame pericárdico. En países desarrollados la mayor parte se produce a partir de infecciones virales. Sin embargo, para el diagnóstico de pericarditis viral se requiere la detección del virus en biopsia y líquido pericárdico, lo cual no se suele realizar habitualmente dada la complejidad, coste y naturaleza invasiva.

Comentario final: El médico de familia es un profesional clave en la valoración inicial, diagnóstica y en la rapidez de actuación ante un paciente con dolor torácico. En este caso hemos podido repasar los criterios diagnósticos de la pericarditis aguda. No toda amigdalitis es bacteriana. Tras realizar una revisión general, en los últimos 20 años existen pocos casos publicados de pericarditis aguda en contexto de mononucleosis infecciosa

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre-Rodríguez JC, Quesada-Molinos MT, Linares-Martín J. Dolor precordial en atención primaria: a propósito de un caso. *Semergen*. 2011;37:102-6.
2. Guía SEC: Sociedad Española Cardiología 2015 sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:1126.e1-e46.
3. SEC/SEMFYC. Procesos asistenciales compartidos entre Atención Primaria y Cardiología. 2015.