



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1957 - ALGUIEN TAN JOVEN NO PUEDE TENER UN INFARTO...

M. Yanes Rodríguez<sup>a</sup>, M. Padrón Cano<sup>b</sup>, M. Godoy Suárez<sup>b</sup> y B. Robayna Hernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Bartolomé-Tinajo. Lanzarote. Las Palmas. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Bartolomé-Tinajo. Lanzarote. Las Palmas.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 19 años, obeso, sin otros antecedentes personales de interés, que consulta de urgencia por dolor interescapular de varias horas de evolución, sin antecedentes de traumatismo previo, de aparente origen muscular, que resolvió tras analgesia y reposo. En dicha visita, al registrar constantes se objetivó frecuencia cardiaca de 120 lpm, por lo que se realizó electrocardiograma que evidenció taquicardia sinusal como único hallazgo. Un mes más tarde, acude nuevamente a consulta de forma urgente por nuevo episodio de dolor interescapular, esta vez asociado a dolor centrotorácico opresivo, con cortejo vegetativo, de tres horas de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración por órganos y aparatos anodina. Electrocardiograma: taquicardia sinusal, bloqueo completo de rama derecha, elevación difusa del segmento ST.

**Juicio clínico:** Infarto agudo de miocardio.

**Diagnóstico diferencial:** Infarto agudo de miocardio. Pericarditis/miocarditis. Tromboembolismo arterial. Miocardiopatía.

**Comentario final:** El paciente no presentó mejoría tras administración de cafinitrina 0,4 mg sublingual, y sí de forma leve tras dexketoprofeno 25 mg IM, por lo que se pautaron AINEs y control por su médico. Tras 24 horas con persistencia de los síntomas, sin cambios en el EKG, se derivó a Urgencias Hospitalarias, objetivándose troponina T sensible de 1.384 y PCR 12,7. A la valoración por Cardiología con ETT presentaba FEVI conservada, aquinesia apical con trombo en ápex de 15 × 15 mm e HVI moderada septal asimétrica. Con diagnóstico probable de miopericarditis aguda vs infarto agudo de miocardio, ingresa en UCI y posteriormente es trasladado al hospital de referencia para completar estudio y tratamiento. Se concluye el diagnóstico de miopericarditis aguda de probable etiología vírica (parvovirus B19) y se decide candidato a anticoagulación. El diagnóstico de miopericarditis se establece con criterios de pericarditis aguda y elevación de biomarcadores de daño miocárdico, en ausencia de alteraciones de la función ventricular izquierda de nueva aparición. En este caso, queremos destacar la importancia de ser objetivos con la clínica que presentan los pacientes cuando acuden a la consulta médica, independientemente de otros factores (demográficos, psicológicos...).

## **Bibliografía**

1. Yehuda Adler, et al. Guía ESC 2015 sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. Rev Esp Cardiol. 2015;68(12):1126.e1-e46.

**Palabras clave:** Miopericarditis. Dolor torácico.