



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1602 - ME DUELE EL CORAZÓN

C. Díaz Cardona^a, M. Buceta Picasso^a, T. Martín Quiles^b, Á. Ramos Fernández^c, A. Marchán Martín^d y E. Cardona Linares^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ramón y Cajal. Madrid.

^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Navalcarnero. Madrid.

^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid.

^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Villamanta. Madrid. ^eMédico de Urgencias. Hospital Alto Guadalquivir. Puente Genil. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 32 años sin antecedentes médicos. Niega hábitos tóxicos así como consumo de fármacos de manera habitual. Acude a consulta por dolor torácico opresivo centrotorácico, irradiado a cuello y miembros superiores siendo más intenso en miembro superior izquierdo (MSI), que le despierta hace dos horas y empeora con movimientos respiratorios. A su llegada persiste con dolor. Refiere clínica catarral hace cuatro días con fiebre de hasta 39 °C que manejó por su cuenta con antipiréticos y antiinflamatorios de manera puntual.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado. Ligera sudoración. TA: 105/65 mmHg. FC: 65 lpm, Sat O₂ 95%, T^a: 35,2 °C. PVY no elevada. AC: rítmica sin soplos. No se ausculta roce. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. MMII: no edemas. Pulsos radiales presentes. ECG: RS a 53 lpm. Eje normal. PR 0,17. Elevación cóncava del ST en II, III, aVF y de V4-V6. Se administran 5 mg de CIMórfico sc, tras lo cual mejoría de dolor pero sin cambios en ECG, y se deriva a Urgencias activando código infarto. Analítica: mioglobina 278 ng/ml. CPK 334 U/L. Troponina I (TnIc) 6,170 ng/ml. GPT 73 U/L. GOT 64U/L Proteína C reactiva (PCR) 79,7. Hemograma y coagulación sin hallazgos. Rx de tórax: ICT normal sin datos de ICC ni consolidaciones. ECGs: RS 70 lpm. Elevación cóncava del ST inferolateral y descenso del PR. Ecocardiograma transtorácico: ausencia de derrame pericárdico ni otras alteraciones significativas. Con todo ello sospecha de miopericarditis, que se confirma tras realización de coronariografía, con arterias epicárdicas normales.

Juicio clínico: Miopericarditis.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio con elevación de ST. Disección aórtica. Tromboembolismo pulmonar. Neumotórax.

Comentario final: La miopericarditis es una entidad que afecta predominantemente a varones jóvenes, siendo la infección viral la causa más frecuente. El pronóstico a largo plazo es excelente, si se realiza un correcto diagnóstico y se pauta tratamiento. A veces como complicación nos encontramos con pericarditis recurrentes. Es importante un correcto diagnóstico diferencial con otras entidades potencialmente graves que pueden cursar con clínica similar.

Bibliografía

1. León-Jiménez J, Gamaza-Chulián S, et al. Miopericarditis en nuestro medio: aspectos clínicos y evolutivos en una serie de casos. *Cardiocre*. 2014;49(2).

Palabras clave: Dolor torácico. Miopericarditis.