



204/152 - DOLOR PRECORDIAL EVOLUCIONADO

G.C. Rosario Godoy^a, A. Nofan Maayah^b, F. Rey Cascajo^c, I. Ortiz Lebaniegos^d, N. Otero Cabanillas^a, J.J. Parra Jordán^a, M. Abuhassira^e y P. Minchong Carrasco^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Santander. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. ^cMédico de Familia SUAP Alisal. Santander. ^dMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isabel II. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 43 años exfumador grave e hipercolesterolémico, con antecedentes de IAM familiar precoz y muerte súbita, que presenta ángor de esfuerzo desde hace un año. El día antes estuvo con malestar general inespecífico, mialgias y distermia. Por la mañana comienza con dolor precordial asociado a cortejo vegetativo, la molestia fluctúa a lo largo del día intensificándose por la noche, por lo que acude al SUAP para valoración. En el EKG inicial se objetivan Q antiguas en cara inferior y st colgado en cara ínfero lateral por lo que se deriva al hospital en UVI móvil.

Exploración y pruebas complementarias: En el hospital se realiza EKG sin cambios respecto al anterior, ETT en la que se observa aneurisma en porción inferobasal y aquinesia inferoposterior con FEVI y FEVD conservadas. Sin derrame pericárdico. Curva de marcadores miocárdicos con TN máxima de 80,66 ng/ml y CK masa de 177,90 mg/dl. Se decide realizar coronariografía diagnóstico-terapéutica urgente a pesar del carácter evolucionado del cuadro (15 h). En la Rx se objetivó la imagen típica de pericarditis. En la coronariografía se objetivan lesiones no significativas difusas en CX distal, y en CD obstrucción del tronco posterolateral, se realiza desobstrucción y colocación de stents farmacoactivos con buen resultado inmediato y la ventriculografía demuestra un VI con hipoquinesia severa posterobasal y FE del 50%. La evolución se caracterizó por pericarditis pos infarto sin alteraciones pulmonares, así como trastornos de la conducción autolimitados.

Juicio clínico: Pericarditis post-IAM, IAM inferoposterior.

Diagnóstico diferencial: IAM, aneurisma de aorta, pleuropericarditis, taponamiento cardiaco.

Comentario final: Las causas más frecuentes de dolor precordial pos IAM son la pericarditis aguda y la LSQUEMIA. Debemos pensar que el dolor que aparece de forma recurrente en las primeras 12 horas será de origen isquémico y pasadas 24h puede ser de origen pericárdico. La incidencia de la pericarditis oscila entre 20-25% de todos los IAM y en un 14% de los IAM con reperfusión, la relacionada con la intervención aparece entre el 2º y 5º día del posoperatorio y supone un 1% de las pericarditis relacionadas con el IAM y su cirugía. En este caso el paciente presentó una pericarditis

asociada a IAM inferoposterior evolucionado que respondió bien al paracetamol. Como ocurre frecuentemente, la pericarditis se asocia a este tipo de IAM transmurales así como a la cirugía cardiovascular. Debemos sospecharla, basándonos sobre todo en la anamnesis del paciente y en el ECG. Dolor pleurítico o posicional irradiado a escapula o trapecio, roce pericárdico sistólico, en los primeros 2- 4 días del cuadro, con EKG demostrativo de ST colgada y/o PR invertido, con ECO que evidencia en ocasiones el derrame pericárdico, no siempre existente. Si el cuadro se cronifica y afecta a región pleural constituiría el síndrome de Dressler, no evidenciado en este paciente. El tratamiento de estas complicaciones no es grave y se resuelve frecuentemente con AINEs.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pericarditis precoz en el posoperatorio de cirugía cardiovascular. Rev Fed Arg Cardiol. 2002;31:303-8.
2. Spodick DH. Pericardial diseases. En: Braunwald E, Zipes DP, Libby P, editors. Heart disease, 6th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2001.
3. Rev Esp Cardiol. 2004;57:1090-114.
4. Pericarditis Posinfarto tratado con intervención percutánea Primaria. Am J Cardiol. 2009;103:1525-9.