



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/62 - ME DUELE EL CORAZÓN Y NO ES DE AMOR

M. Vela Machío^a, J. Villar Ramos^b y M. Montes Pérez^c

^aMédico Residente. CS El Alisal. Santander. ^bMédico Residente. CS Dávila. Santander. ^cMédico Residente. CS Camargo Interior. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 25 años que acude por 3 episodios en las últimas 24 horas de dolor centrotorácico tipo punzante, no irradiado ni asociado a cortejo vegetativo ni modificable por postura o movimientos, de hasta 3 horas de duración el más largo. También refiere odinofagia los días previos. Afebril. Como antecedentes personales destacan psoriasis (en seguimiento por Dermatología) y apendicectomía. No tratamiento médico habitual.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientado en las 3 esferas. Normohidratado, normoperfundido y normocoloreado. Eupneico en reposo. TA 122/84. FC 72. T^a 36,9 °C. Sat O₂ 98% basal. AC: rítmico, 3^{er} ruido, sin soplos ni roce pericárdico. AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, ruidos hidroaéreos presentes, sin peritonismo. EEII: no edemas ni signos de TVP, pedios presentes. Analítica: PCR 2,4, troponinas 9,00, CK 488, leucos 10.100, Hb 15,3, ASLO 151. ECG: RS con elevación cóncava del ST en derivaciones inferiores con PR descendido en II. CardioRM: hipoquinesia y realce subepicárdico inferolateral extenso con ligera disfunción sistólica VI (FE 42%). Estudio hemodinámico: arterias coronarias angiográficamente normales, FEVI deprimida (40%). Frotis faríngeo: flora comensal.

Juicio clínico: Miopericarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: Con otras causas de dolor torácico, principalmente cardiopatía isquémica, y también TEP, neumotórax o disección aórtica.

Comentario final: La causa más frecuente de pericarditis aguda es la forma idiopática y/o viral. Es importante descartar la causa isquémica como origen del dolor, por lo que si hay dudas se debe remitir a centro hospitalario, así como también vigilar la evolución ante la posible aparición de complicaciones graves como el derrame pericárdico y la miopericarditis (cuyo diagnóstico de certeza sólo es posible mediante biopsia endomiocárdica). Orientan hacia sospecha de miopericarditis la elevación de marcadores de daño miocárdico (CPK, troponinas) y signos de disfunción del VI (como aparición de 3er tono) entre otros. El ECG está alterado en el 60% de los casos. El tratamiento será sintomático, con reposo relativo y antiinflamatorios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid.