



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 283/54 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCACEST) & PERICARDITIS AGUDA

L. Cabrera Sánchez<sup>a</sup>, I. Carrión Jiménez<sup>b</sup>, T. Álvarez Balseca<sup>c</sup>, M. Fernández Suárez<sup>d</sup>, A. Hernández Costa<sup>e</sup> y A. Cayuela López<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alberca. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Caravaca de la Cruz. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-San Andrés. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año. Centro de Salud San Andrés. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Ñora. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 47 años, obeso, sin otros antecedentes de interés, ni toma de tratamiento crónico, acude refiriendo disconfort epigástrico tras comida copiosa el día anterior. Al acostarse, nota opresión en tórax irradiado a cuello, asociado a cortejo vegetativo, en reposo y repitiéndose de manera intermitente durante toda la madrugada. Ante la persistencia de los síntomas, acude por la mañana a consulta, realizándose electrocardiograma (ECG), donde se objetiva elevación del ST en cara lateral e inferior. Durante la anamnesis apreciamos además signos de congestión nasal, acompañados de odinofagia e hiperemia faríngea, que comenta tener desde hace 5 días. Ante la sospecha de SCACEST y pericarditis aguda se traslada a Urgencias de Hospital de referencia donde, por la clínica, cambios electrocardiográficos y ante la duda diagnóstica, se decide realizar cateterismo urgente, con resultado de coronarias normales, y ausencia de elevación enzimática. Finalmente se diagnostica de pericarditis aguda.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 130/76; Pulso: 75 lpm. Saturación: 98%; Temperatura: 37,2 °C. Orofaringe: Hiperemia. Auscultación cardio-pulmonar: rítmico, sin soplos. MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y no doloroso. ECG (Consulta): RS a 75 lpm, QRS estrecho, eje normal, repolarización: elevación ST (morfología cóncava) y punto J, en cara inferior (predominio en II), V4-V5-V6 (predominio en esta última), persistente en varios ECG, y sin cambios, sin y con dolor, onda Q en III. ECG (Urgencias): Elevación del ST y punto J en II y V5-V6, con las mismas características. Analítica (urgencias): K: 5,5; resto de bioquímica, hemograma y coagulación normal; troponinas: 1ª: 4 pg/ml, 2ª: 4 pg/ml. Radiografía tórax: normal.

**Juicio clínico:** Pericarditis aguda de probable etiología vírica.

**Diagnóstico diferencial:** IAM, disección aórtica, neumotórax, neumonía, pleuresía, efusión pericárdica, costochondritis, colecistitis.

**Comentario final:** Con éste caso queremos evidenciar la gran importancia de una buena y completa

anamnesis y exploración física para lograr una orientación diagnóstica acertada ante cuadros clínicos, que en principio, sugieren gravedad.

### **Bibliografía**

1. LeWinter MM. Enfermedades pericárdicas, Braunwald E. Tratado de cardiología, 8ª ed. Elsevier España; 2009; 70:1829-51.