

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2025,  
Volumen 9, Número 3.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i1](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1)

# **PERICARDITIS AGUDA EN PACIENTE JOVEN SIMULANDO INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: UN RETO DIAGNÓSTICO**

**ACUTE PERICARDITIS IN A YOUNG PATIENT  
SIMULATING ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION:  
A DIAGNOSTIC CHALLENGE**

**Paloma Yesenia Carrillo Cortés**  
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

**Erick Alfonso García Fajardo**  
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

**Aldrin Uriel Hernández Zamorano**  
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

**Cruz Angélica Moreno Leño**  
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

**Eder Fernando Ríos Bracamontes**  
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

## Pericarditis Aguda en Paciente Joven Simulando Infarto Agudo de Miocardio: Un Reto Diagnóstico

**Paloma Yesenia Carrillo Cortés<sup>1</sup>**

[paloma.carrillo@outlook.es](mailto:paloma.carrillo@outlook.es)

<https://orcid.org/0009-0001-8431-1724>

Instituto Mexicano del Seguro Social,  
Hospital General de Zona No, 1  
Villa de Álvarez  
México

**Erick Alfonso García Fajardo**

[erickagaf94@gmail.com](mailto:erickagaf94@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-9820-3161>

Instituto Mexicano del Seguro Social,  
Hospital General de Zona No, 1  
Villa de Álvarez  
México

**Aldrin Uriel Hernández Zamorano**

[aldrinzamorano27@gmail.com](mailto:aldrinzamorano27@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0000-3184-7763>

Instituto Mexicano del Seguro Social,  
Hospital General de Zona No, 1  
Villa de Álvarez  
México

**Cruz Angélica Moreno Leño**

[dra.angelicaleano@gmail.com](mailto:dra.angelicaleano@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0004-3086-4149>

Instituto Mexicano del Seguro Social,  
Hospital General de Zona No, 1  
Villa de Álvarez  
México

**Eder Fernando Ríos Bracamontes**

[dr.rios@live.com](mailto:dr.rios@live.com)

<https://orcid.org/0000-0002-4660-7372>

Instituto Mexicano del Seguro Social,  
Hospital General de Zona No, 1  
Villa de Álvarez  
México

### RESUMEN

El pericardio es una membrana que envuelve al corazón y produce líquido lubricante. Las enfermedades pericárdicas pueden ser aisladas o parte de una condición sistémica. La pericarditis aguda es una inflamación del pericardio y se diagnostica con datos clínicos, cambios en el electrocardiograma y presencia de derrame pericárdico. Puede clasificarse como incesante, recurrente o crónica según su duración. Es fundamental diferenciarla de un síndrome coronario agudo, ya que el tratamiento y pronóstico varían. El dolor pericárdico suele diferenciarse del isquémico por sus características clínicas. Las causas incluyen infecciones, neoplasias y enfermedades autoinmunes. El tratamiento habitual combina antiinflamatorios y colchicina, y en ciertos casos, ácido acetilsalicílico. El uso de esteroides puede aumentar el riesgo de recurrencia. En estudios clínicos, los pacientes mayores mostraron más complicaciones, mientras que los jóvenes, aunque con menos gravedad, presentaron más recurrencias. El caso clínico describe a un joven con dolor torácico y elevación del ST, inicialmente tratado como infarto, pero que finalmente fue diagnosticado con pericarditis y respondió bien al tratamiento antiinflamatorio. El reconocimiento temprano es clave para evitar errores diagnósticos y ofrecer el tratamiento adecuado.

**Palabras clave:** pericardio, pericarditis, antiinflamatorios, dolor torácico, síndrome coronario

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [paloma.carrillo@outlook.es](mailto:paloma.carrillo@outlook.es)

# Acute Pericarditis in a Young Patient Simulating Acute Myocardial Infarction: A Diagnostic Challenge

## ABSTRACT

The pericardium is a membrane that surrounds the heart and produces lubricating fluid. Pericardial diseases can be isolated or part of a systemic condition. Acute pericarditis is an inflammation of the pericardium and is diagnosed with clinical data, changes in the electrocardiogram and the presence of pericardial effusion. It can be classified as incessant, recurrent, or chronic depending on its duration. . It is essential to differentiate it from an acute coronary syndrome, since treatment and prognosis vary. Pericardial pain is usually differentiated from ischemic pain by its clinical characteristics. Causes include infections, neoplasms, and autoimmune diseases. The usual treatment combines anti-inflammatories and colchicine, and in certain cases, acetylsalicylic acid. Steroid use may increase the risk of recurrence. In clinical studies, older patients showed more complications, while younger patients, although less severe, had more recurrences. The case report describes a young man with chest pain and ST elevation, initially treated as an infarction, but eventually diagnosed with pericarditis who responded well to anti-inflammatory treatment. Early recognition is key to avoid misdiagnosis and to provide appropriate treatment.

**Keywords:** pericardium, pericarditis, antiinflammatory, chest pain, coronary syndrome

*Artículo recibido 09 junio 2025  
Aceptado para publicación: 15 julio 2025*



## INTRODUCCIÓN

El pericardio es un saco que contiene el corazón, proviene del griego περί «alrededor», y καρδια, «corazón» (Adler, 2015). Está formado por dos capas, una visceral que recubre al corazón y otra parietal que recubre el exterior, este saco produce 50 ml de líquido diariamente con la función de lubricar el movimiento del corazón (Ismail, 2020).

Las enfermedades del pericardio pueden presentarse como manifestación de una enfermedad sistémica o como una enfermedad aislada, ya sea por causas infecciosas, autoinmunes, neoplásicas, iatrogénicas, traumáticas y/o metabólicas (Adler, 2015).

La pericarditis aguda se define como un síndrome inflamatorio del pericardio, el diagnóstico es clínico y se realiza al cumplir 2 de los siguientes criterios: 1) dolor torácico, 2) fricción pericárdica, 3) cambios electrocardiográficos (elevación del ST o depresión del PR) y 4) derrame pericárdico (Adler, 2015).

De acuerdo a la temporalidad se clasifica como incesante, que se refiere a la pericarditis con duración de más de 4-6 semanas pero menos de 3 meses, recurrente como un caso de pericarditis después de un primer episodio documentado y con un intervalo asintomático de 4-6 semanas o más, y por último crónica la cual se define como un cuadro de pericarditis con duración mayor a 3 meses (Adler, 2015).

En cuanto a los cambios electrocardiográficos la elevación del segmento ST ha sido asociado como un signo típico de pericarditis aguda, esto nos indica inflamación pericárdica ya que el pericardio parietal es eléctricamente inerte. Es por esto la importancia del diagnóstico correcto ya que los principales diagnósticos diferenciales incluyen síndromes coronarios agudos con elevación del ST y repolarización precoz (Adler, 2015). En pacientes con persistencia de síntomas o con alta sospecha de síndrome coronario crónico se deben realizar electrocardiogramas seriados para buscar cambios en el segmento ST o en la onda T como evolución de isquemia miocárdica. (Ng, 2024).

En una cohorte retrospectiva donde se incluyeron 471 pacientes de 33 a 73 años de edad, con un primer episodio de pericarditis aguda, y se dividieron en 4 grupos de acuerdo con la edad para observar las características relacionadas, el tratamiento y los resultados de la pericarditis aguda. Los pacientes de menor edad presentaron con mayor frecuencia dolor torácico y roce pericárdico, mientras que los pacientes de mayor edad presentaron disnea y derrame pericárdico y pleural (Collini, 2024). Del total de los pacientes con dolor torácico agudo, el 5% corresponde a pericarditis aguda. (Ismail, 2020).



Las características del dolor torácico son clave para discernir si el dolor es isquémico, así como los síntomas acompañantes, la edad del paciente y los factores de riesgo cardiovasculares. El dolor torácico isquémico se caracteriza por ubicarse en región subesternal, carácter opresivo, con irradiación a brazo izquierdo, cuello o mandíbula, que se exacerba con el esfuerzo y se atenúa con el reposo. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con el síndrome coronario agudo ya que el tratamiento en algunas ocasiones requiere de intervención coronaria temprana y el retraso en la misma puede afectar en el pronóstico del paciente (Ng, 2024).

Algunos otros hallazgos dependerán de la etiología de la enfermedad como leucocitosis, reactantes de fase aguda elevados o datos de inflamación por imagen (Adler, 2015). Bioquímicamente la elevación de enzimas cardíacas tampoco es criterio diagnóstico, ya que las troponinas séricas pueden encontrarse elevadas en cualquier lesión/necrosis del miocardio, ya sea aguda o crónica (Ng, 2024).

Dentro de las etiologías, la pericarditis neoplásica representa hasta el 7% del total de los casos de pericarditis aguda y está asociada mayormente con adenocarcinomas, linfomas y leucemias, pero también puede presentarse como parte del síndrome paraneoplásico, usualmente en pacientes jóvenes sobre todo en los que presentan pericarditis refractaria y pérdida de peso o datos clínicos de enfermedad sistémica. La diseminación de células cancerígenas se da a través de vía hematogena, linfática o por contigüidad y suele asociarse a un aumento de la mortalidad (Salarda, 2021).

Los factores de riesgo asociados a mal pronóstico incluyen: fiebre  $>38^{\circ}\text{C}$ , evolución subaguda, derrame pericárdico  $>20$  mm, taponamiento cardíaco y ausencia de respuesta clínica tras 7 días a tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (Adler, 2015).

El tratamiento dependerá del diagnóstico, si se identifica la etiología se da tratamiento dirigido, de manera general puede tratarse con antiinflamatorio no esteroideo y un inhibidor de la bomba de protones, si el paciente presenta factores de riesgo significativos o antecedente de enfermedad coronaria se prefiere el ácido acetilsalicílico sobre otros fármacos como el ibuprofeno, la duración del tratamiento dependerá de la evolución clínica y bioquímica, monitorizando con marcadores inflamatorios. La pericarditis puede reaparecer hasta en un 30% de los pacientes en los próximos 18 meses, por lo que en ocasiones como tratamiento adyuvante se utiliza la colchicina por un periodo de 3 meses para reducir el riesgo a menos de la mitad de pericarditis recurrente o incesante. (Ismail, 2020).



En una cohorte realizada por el Colegio Japonés de Cardiología donde se incluyeron 199 pacientes de edades entre 18 y 86 años, se encontró que 26.6% de los participantes presentaron mínimo una recurrencia de pericarditis, dentro de estos la tasa de recurrencia fue significativamente mayor en los pacientes que fueron tratados con prednisona y colchicina a diferencia de los que fueron tratados con antiinflamatorios no esteroideos o ácido acetilsalicílico y colchicina, de igual forma la estancia hospitalaria fue menos prolongada en los que no recibieron tratamiento esteroideo únicamente, el hallazgo principal fue que la prednisona atenúa el efecto de la colchicina lo cual disminuye su acción benéfica. (Mager, 2017)

En cuanto a pronóstico en la cohorte anteriormente mencionada se observó que los pacientes de mayor edad requirieron hospitalización y se complicaron con fibrilación auricular de nueva aparición y taponamiento cardiaco, a diferencia de los pacientes jóvenes los cuales requirieron menor frecuencia de hospitalización y menor cantidad de complicaciones graves, sin embargo, presentaron mayor recurrencia (Collini, 2024).

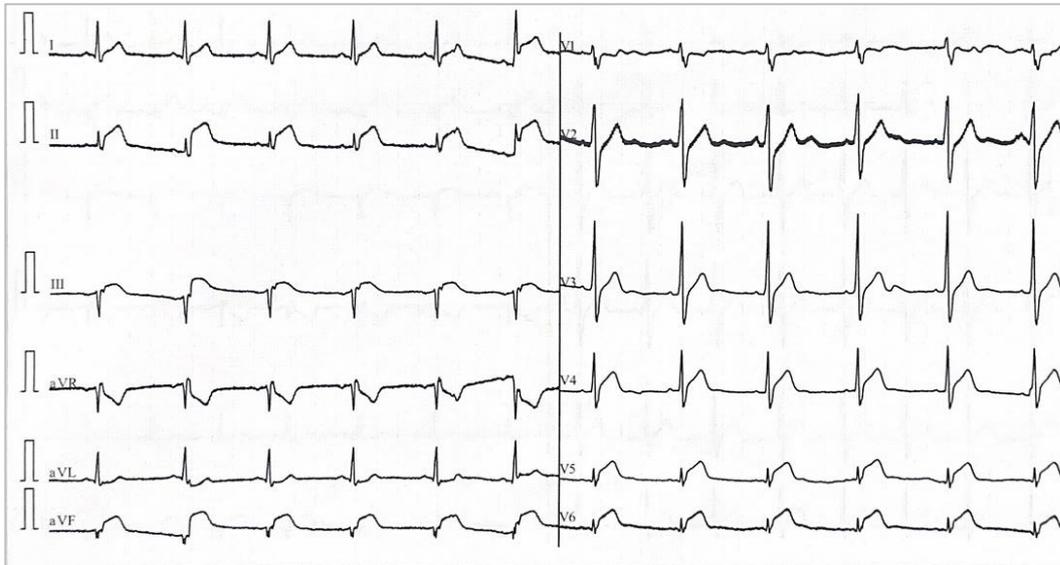
El objetivo es hacer énfasis en el reconocimiento temprano y oportuno de la pericarditis, así como descartar el síndrome coronario agudo para brindar el tratamiento adecuado y oportuno.

### **CASO CLÍNICO**

Masculino de 19 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, toxicomanías negadas, esquema de vacunación incompleto, sin cuadros infecciosos recientes. Inició su padecimiento con dolor precordial de inicio súbito al estar en reposo, de carácter opresivo, sin irradiación, intensidad elevada 9/10 mediante escala visual análoga del dolor, sin exacerbantes ni atenuantes con duración de 3 horas, acompañado de náuseas y escalofríos. A su ingreso a Urgencias se tomó electrocardiograma en el cual se observó con elevación de segmento ST en la cara inferior (**Figura 1**), se realizó trombólisis con tenecteplasa 35 mg y se llevó a angiografía coronaria diagnóstica donde se reportaron arterias epicárdicas sin lesiones.



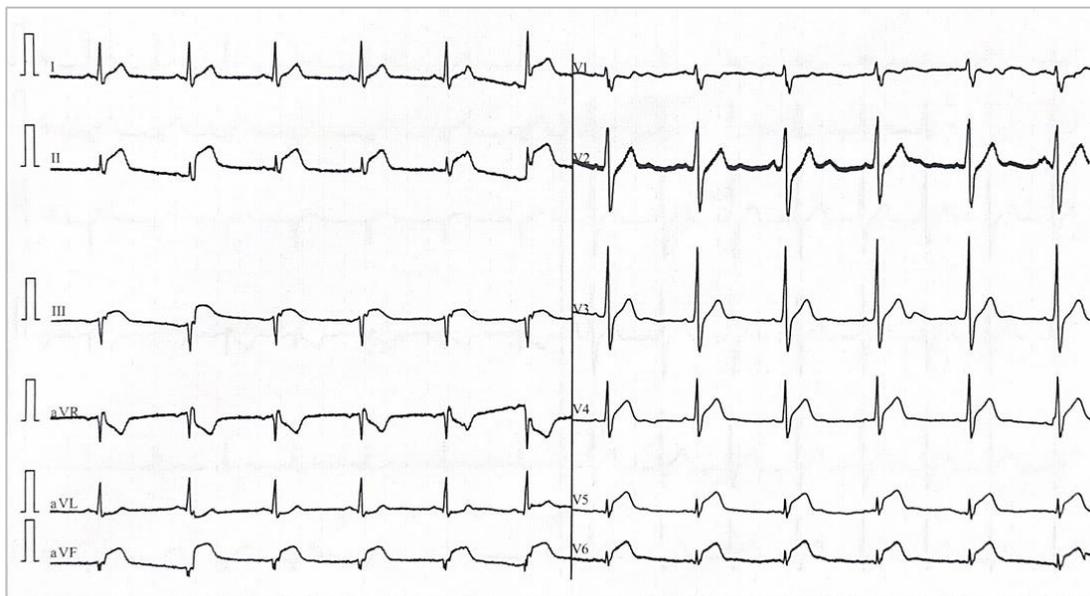
**Figura 1.** Electrocardiograma inicial, 3 horas posteriores a inicio de síntomas.



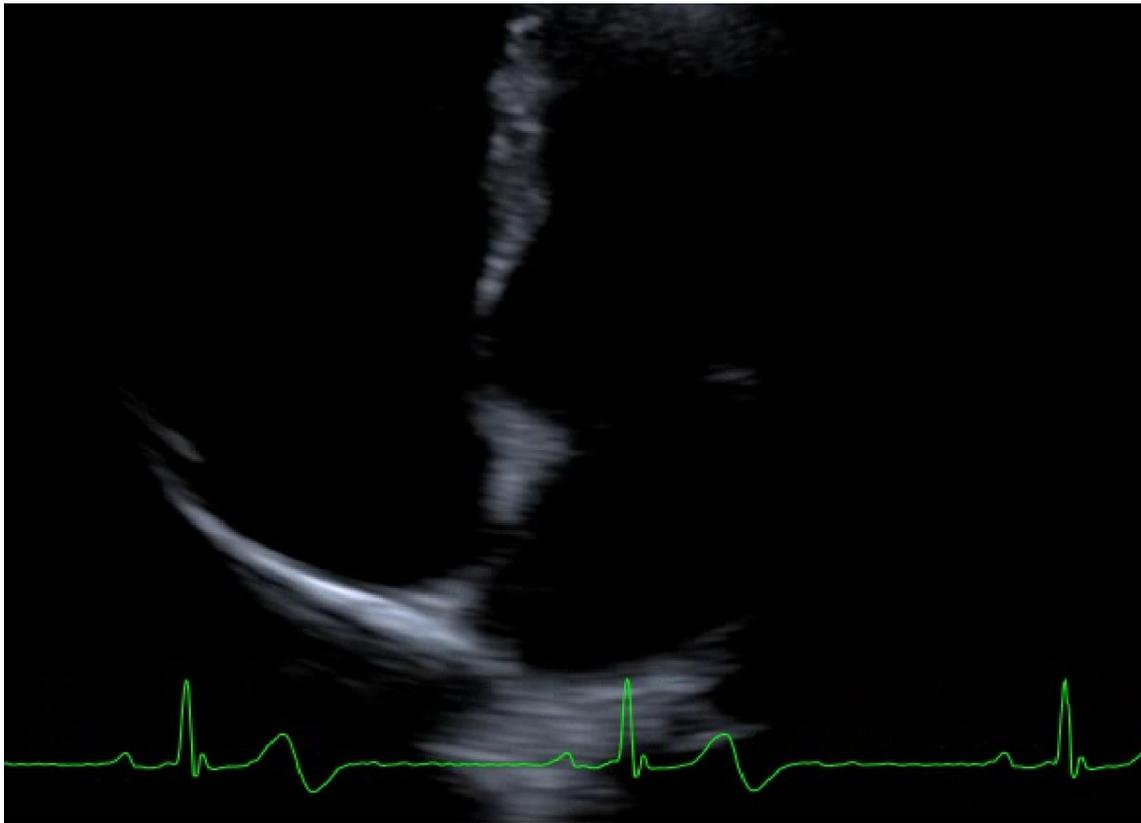
En la exploración física se encontró con precordio rítmico, sin soplos o ruidos agregados, sin frote pericárdico, resto sin alteraciones.

A su ingreso a Medicina Interna se realizó electrocardiograma que evidenció elevación del segmento ST en la cara inferior (**Figura 2**), además de ecocardiograma transtorácico el cual se reportó sin alteraciones de la movilidad, FEVI conservada, sin alteraciones anatómicas, volumen sistólico normal, presión capilar pulmonar de 5 mmHg y pericardio hiperrefringente (**Figura 3 y Figura 4**).

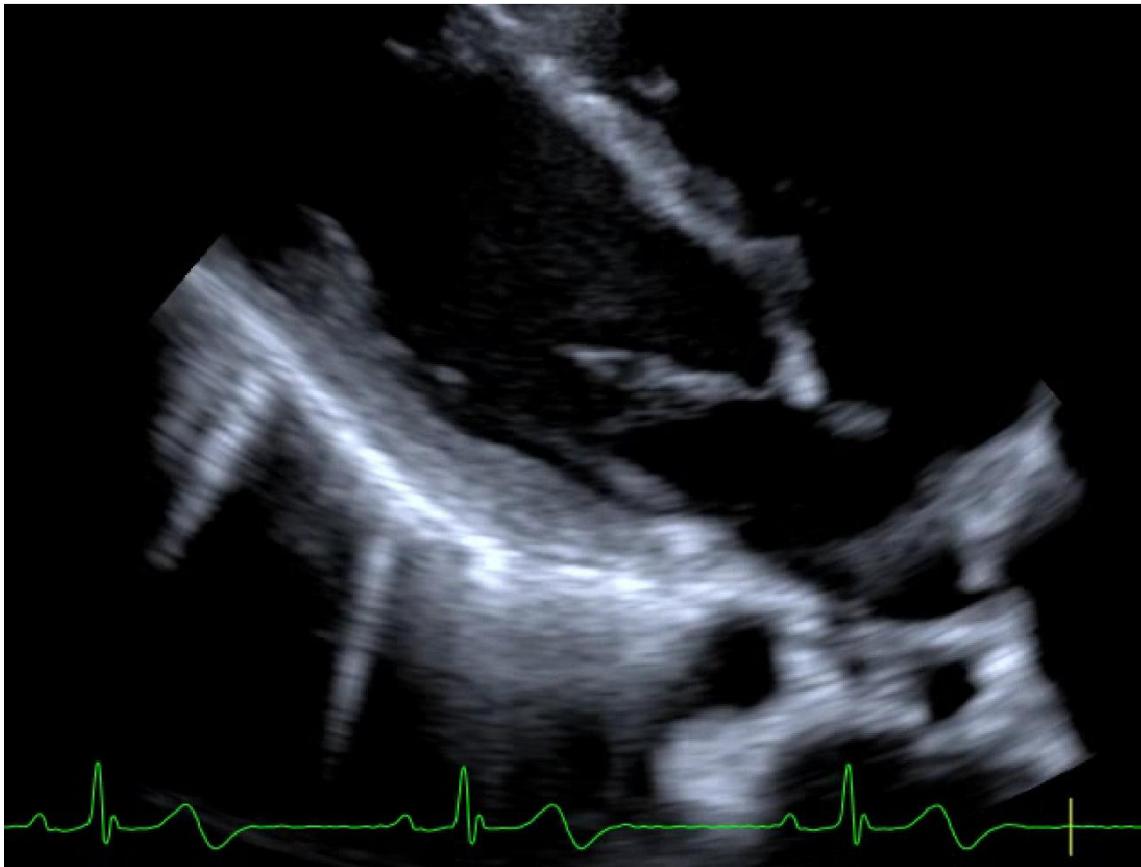
**Figura 2.** Electrocardiograma 72 horas posteriores a inicio de síntomas.



**Figura 3.** Ecocardiograma transtorácico.

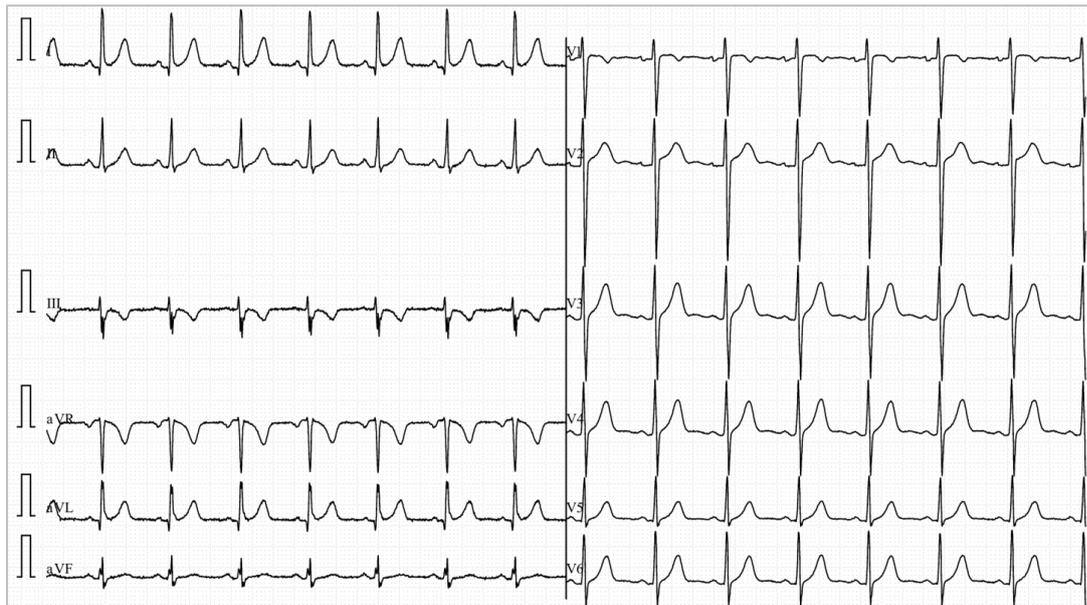


**Figura 4.** Ecocardiograma transtorácico.



En estudios de laboratorio se encontró únicamente elevación de enzimas cardíacas, dentro del abordaje se solicitaron serologías para VIH, VHC, y VHB, ANA, anti-dsDNA, anticoagulante lúpico, anticardiolipina, anti glicoproteína beta 2, perfil de lípidos, todos con resultado negativo. Se indicó tratamiento con antiinflamatorios a base de ácido acetilsalicílico presentando evolución favorable sin recurrencia de sintomatología y con electrocardiograma normal a las 4 semanas (**Figura 5**).

**Figura 5.** Electrocardiograma 4 semanas posteriores a inicio de síntomas.



## CONCLUSIONES

La pericarditis es una entidad nosológica de escasa frecuencia por lo que es poco sospechada aún más en pacientes jóvenes y sin factores de riesgo cardiovascular, sin embargo, el diagnóstico diferencial con el síndrome coronario agudo es de suma importancia ya que el tratamiento y pronóstico son totalmente diferentes. El tratamiento adecuado y oportuno se logra mediante un adecuado interrogatorio y exploración física, por ello su importancia de conocer esta patología y sus diagnósticos diferenciales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Adler, Y., Charron, P., Imazio, M., Badano, L., Barón-Esquivias, G., Bogaert, J., Brucato, A., Gueret, P., Klingel, K., Lionis, C., Maisch, B., Mayosi, B., Pavie, A., Ristić, A. D., Tenas, M. S., Seferovic, P., Swedberg, K., Tomkowski, W., Achenbach, S., . . . Nesukay, E. (2015). 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. *European Heart Journal*, 36(42), 2921-2964. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv318>

2. Collini, V., Vignut, L. S., Angriman, F., Braidotti, G., De Biasio, M., & Imazio, M. (2024). Age-stratified patterns in clinical presentation, treatment and outcomes in acute pericarditis: a retrospective cohort study. *Heart*, heartjnl-324214. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2024-324214>
3. Ismail, T. F. (2020). Acute pericarditis: Update on diagnosis and management. *Clinical Medicine*, 20(1), 48-51. <https://doi.org/10.7861/clinmed.cme.20.1.4>
4. Ng, I. K. S., Chia, Y. W., See, K. C., & Teo, D. B. S. (2024). Approach to acute chest pain and acute coronary syndrome in adults. *Singapore Medical Journal*, 65(2), 111-118. <https://doi.org/10.4103/singaporemedj.smj-2023-039>
5. Salarda, E. M., Ocazonez-Trujillo, D., & Prakash, S. K. (2021). An unusual cause of acute pericarditis: a case report. *European Heart Journal - Case Reports*, 5(2). <https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytaa535>
6. Mager, A., Talmor, Y., Azzerad, C. C., Iakobishvili, Z., Porter, A., Kornowski, R., & Hasdai, D. (2017). Does colchicine decrease the rate of recurrence of acute idiopathic pericarditis treated with glucocorticoids? *Journal of Cardiology*, 71(4), 409–413. <https://doi.org/10.1016/j.jjcc.2017.10.005>

