Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):29

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1095 - MIOCARDITIS EN EL CONTEXTO DE UNA AMIGDALITIS

C. Arina Cordeu[a], J.F. Flores Morán[a], P. Gutiérrez Pascual[b], M.F. Daccahc Navarro[c] y L. Ramírez González[d]

[a]Médico Residente; [d]Médico de Familia. Centro de Salud Joaquín Elizalde. La Rioja. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Arnedo. Arnedo. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 18 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. No antecedentes médicos de interés. Adenoidectomía en infancia. No tratamiento médico habitual. Acude por sensación de opresión torácica irradiada a hombro izquierdo desde hace unas horas acompañada de sensación de disnea que ha cedido de forma espontánea. Refiere palpitaciones y fiebre de hasta 40 ºC. En tratamiento con Augmentine desde hace tres días por cuadro de amigdalitis pultácea.

Exploración y pruebas complementarias: Orofaringe hiperémica con hipertrofia de amígdalas de predominio derecho y exudado pultáceo. Resto de exploración física anodina. Analítica: troponina T ultrasensible 935,2 (0-14), creatina-kinasa 909 (24-195), mioglobina 208 (< 70). GOT 68. PCR 167. Leucocitos 19.500 con 16.800 (86,2%) neutrófilos. Resto normal. ECG: ritmo sinusal a 88 lpm con elevación del ST en cara inferolateral. Rx tórax: normal. Ecocardiograma: mínimo derrame pericárdico (1-2 mm). RM cardiaca: hallazgos compatibles con miocarditis aguda. FEV1 50%. Ingresa en cardiología y se inicia tratamiento con antibioterapia, antiinflamatorio y antihipertensivos con buena evolución y descenso progresivo de enzimas cardiacas y normalización de parámetros inflamatorios. ECG al alta: ritmo sinusal a 67 lpm, ondas T negativas/planas en cara inferolateral.

Juicio clínico: Perimiocarditis aguda en el contexto de amigdalitis pultácea de probable origen estreptocócico.

Diagnóstico diferencial: Isquemia miocárdica. Miocarditis secundaria a infección estreptocócica en el contexto de fiebre reumática. Miocarditis de distintas etiologías (infecciosa, tóxicos, autoinmune, fármacos, enfermedades sistémicas...).

Comentario final: Debemos sospechar esta entidad en todo paciente con evidencia de faringoamigdalitis los 3-7 días previos que consulta por dolor torácico y fiebre. Orientar el diagnóstico si ECG con elevación del ST, aumento enzimas cardiacas y parámetros inflamatorios. El diagnóstico es clínico y se apoya en métodos de imagen no invasivos siendo la RM el principal. Solo en casos seleccionados biopsia endomiocárdica. El tratamiento de elección es el de la etiología y antiinflamatorios. El pronóstico es bueno en la mayoría de casos.

Bibliografía

1. Blauwet L, Cooper L. Enfoque diagnóstico y terapéutico de las miocarditis. Progress in Cardiovascular Diseases. 2010;52:274-88.
2. Chikly A, et al. Recurrent acute nonrheumatic streptococcal miocarditis mimicking STEMI in a Young adult. Case Reports in Cardiology. 2014.

Palabras clave: *Amigdalitis. Miocarditis.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.