



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

423/177 - MIOPERICARDITIS EOSINOFÍLICA

J. Cepeda Blanco¹, L. Alli Alonso², J. Bustamante Odriozola³, B. Gutiérrez Muñoz⁴, A. Gutiérrez Pérez de Lis⁵, A. Morán Caballero⁶, E. Abreut Olsen⁷, S. Díaz-Salazar de la Flor⁸

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Camargo. Costa Maliaño. Cantabria. ²Adjunta de urgencias hospital de Urduliz, Bilbao. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria.

⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander.

Cantabria. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ⁷Centro de Salud Dr Morante, Santander, Cantabria. ⁸R1 Centro de Salud camargo interior, Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 55 años IQ: histerectomía + OVX por quistes ováricos hace 10 años. No alergias conocidas. Vista en consulta el por cuadro de 5 meses de evolución de tos con escasa expectoración, a veces con disnea y sibilancias, que han mejorado con Symbicort. En la última semana dolor torácico izquierdo tipo pleurítico y empeoramiento del estado general La exploración inicial anodina. ECG sin alteraciones de interés. Se realiza analítica de rutina con eosinofilia 30-40%. Estudio alergológico negativo. Hoy refiere empeoramiento de los síntomas con dolor torácico opresivo que remite al incorporarse. A la auscultación roce pericárdico. ECG sin alteraciones de interés. Se remite a Urgencias donde se evidencia Aumento de troponina hasta 5.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. AC: roce pericárdico. AP normal. Extremidades: pulsos presentes. No edemas, no artritis. Resto normal. Analítica: glucosa 97, urea 33, creatinina 0,67, ácido úrico 3,1, ALT 36, AST 36, gamma-GT 47, fosfatasa alcalina 85, bilirrubina total 0,4, LDH 521, CK 130, colesterol 154, proteínas totales 7,3, albúmina 4,1, calcio 8,8, sodio 138, potasio 4,2, PCR 2,2. Troponina 5,3, eosinófilos 37%, reticulocitos % 1,0, frotis revisado. Eosinofilia comprobada. No se observa células atípicas. Rx tórax con "cardiomegalia" y pinzamiento senos. Ecocardiografía: derrame moderado, con pericardio algo engrosado, sin claros datos de taponamiento, ni afectación endocárdica. (hipogranularidad y algunas alternaciones cromatínicas sin llegar a pseudopelger). Inmunología: IgE normal, Anisakis 5,2. C3 y C4 normales. ANA, -, anti-peroxidasa tiroidea 122. Ac antitransglutaminasa IgA Negativo. ANCA y triptasa pte. Microbiología: parásitos heces: negativos.

Juicio clínico: Miopericarditis con hipereosinofilia.

Diagnóstico diferencial: Síndrome hipereosinofílico. Granulomatosis eosinofílica con vasculitis (Churg-Strauss): posible asma, afectación cardiaca, sin alteración renal. Sin clínica cutánea ni neurológica. Síndrome hipereosinofílico primario (clonal): el sexo femenino y el patrón clínico sugeriría variante linfoide más que mieloide. IAM. Pericarditis vírica. TBC.

Comentario final: En resumen, cuadro de 4-5 meses de manifestaciones generales inespecíficas, tos, posible hiperreactividad bronquial, hipereosinofilia marcada (3.000-4.000), plueropericarditis y miocarditis

"bioquímica", sin otros datos orientadores en la anamnesis, la exploración o las pruebas básicas. Iniciar tratamiento con corticoides, además de AINEs y colchicina, en espera de completar estudio. Vigilar aparición datos taponamiento que llevarán a indicar pericardiocentesis. Buena evolución con corticoterapia. Disminución progresiva de dosis sin recurrencia del episodio ni de la eosinofilia.

Bibliografía

Caforio AL, Pankweitz S, Arbustini E, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. Eur Heart J. 2013;34:2636.