



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 387/75 - ¿ANSIEDAD O ALGO MÁS?

M. Alonso Santiago<sup>1</sup>, P. López Alonso Abaitua<sup>2</sup>, O. Casanueva Soler<sup>1</sup>, R. Correa Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Cobo Rossell<sup>3</sup>, L. Salag Rubio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cabezón de la Sal. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 20 años acude a su médico de Atención Primaria con cita urgente por ansiedad. Según refiere, esa misma mañana, se despertó sudorosa, con taquicardia y cierta sensación de opresión centrotorácica sin dolor irradiado asociado, que no le ha cedido con el paso de las horas. Reconoce que el día anterior tuvo un problema personal que la mantiene preocupada. No alude clínica ni sintomatología a otro nivel. Como antecedente a destacar, ha sido diagnosticada de LES hace 4 meses y se encuentra en seguimiento por Servicio de Reumatología y en tratamiento con Hidroxicloroquina y corticoides.

**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración física fue anodina salvo tonos cardíacos rápidos a la auscultación. El médico de Atención Primaria le realizó un ECG que objetivó taquicardia sinusal a 120 latidos por minuto y discreta sobreelevación en derivaciones precordiales que achacó a repolarización precoz. Le proporcionó un diazepam sublingual y mandó a la paciente que esperase. A la media hora y a pesar del diazepam, la paciente seguía taquicárdica y con la misma sintomatología, así que el médico de Atención Primaria decidió derivarla a Urgencias para realización de pruebas complementarias. En Urgencias se realizó nuevo ECG similar al previo, y se solicitó analítica con enzimas cardíacas. Todos los parámetros analíticos se encontraron en rango normal salvo troponina I ultrasensible de 754,89 pg/ml. La paciente inmediatamente pasó a Unidad de Cuidados intermedios para monitorización donde los cardiólogos le realizaron ETT que objetivó leve edema miopericárdico con mínimo derrame pericárdico asociado. Tras estabilización, se ingresó a la paciente en planta de Cardiología donde en decisión conjunta con Reumatología, se pautó tratamiento con corticoides, AINES y colchicina.

**Juicio clínico:** Miopericarditis en probable contexto de LES.

**Diagnóstico diferencial:** Crisis de ansiedad, cardiopatía isquémica, pericarditis/miopericarditis de distinta etiología (infecciosa, postinfecciosa, autoinmune, tóxicos).

**Comentario final:** El LES es una enfermedad inflamatoria de origen autoinmune que puede comprometer múltiples órganos. La enfermedad cardíaca puede ocurrir en los pacientes con diagnóstico ya establecido, o puede ser incluso la manifestación inicial en algunos de ellos. La gravedad del compromiso cardíaco, puede hasta llegar a producir condiciones amenazantes para la

vida. El compromiso cardíaco en LES es frecuente. Dicho compromiso puede ser el resultado del daño directo de la actividad de la enfermedad (autoanticuerpos que llevan al depósito de complejos inmunes y a la activación del complemento, responsables de la injuria tisular) sobre cualquier estructura cardíaca (pericardio, miocardio, endocardio, válvulas, tejido de conducción y las arterias coronarias), o debido al riesgo incrementado de trombosis en algunas condiciones asociadas, como el síndrome antifosfolípido y la aterosclerosis acelerada. Lo interesante de este caso es que también recoge otra etiología posible a barajar, a parte de la propia en el contexto de LES en actividad recientemente diagnosticado (que pareció la causa más probable), y es el hecho de que presentó un catarro de vías altas los días previos. Cabe destacar que los agentes infecciosos virales (enterovirus y adenovirus fundamentalmente), son la principal causa de pericarditis o miopericarditis inflamatorias en adultos jóvenes.

## **Bibliografía**

Appenzeller S, et al Acute lupus myocarditis: Clinical features and outcome. *Lupus*. 2011;20:981-8.