Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1203

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2013 - Algo más que un catarro

E.M. Senra de la Fuente[a], A. Abanto Viamonte[b], P. Gil Orna[c], R. Regla Marín[d], A.I. Uta[d], M. Avellana Gallán[e], C.E. Uta[f], B. Vilariño Romero[g], A. Sánchez Corral[h] y L. Gómez Ferreruela[i]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. [b]Médico de Familia. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. [c]Médico de Familia y Médico Adjunto. Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet. Zaragoza. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. [f]Médico de Familia. Centro de Salud Onda. Castellón. [g]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. [h]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. [i]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años, que consulta por sensación de palpitaciones y de “vuelco del corazón”, con dolor torácico leve continuo desde hace 5 horas. El dolor se inició en reposo, no irradia, no aumenta con los movimientos, ni con la respiración. No disnea. Diez días antes refiere episodio de catarro con tos y expectoración blanquecina, afebril. No antecedentes personales, ni familiares de interés. No toma medicación crónica. Vida activa sin clínica hasta este episodio.

Exploración y pruebas complementarias: TA 154/80, 78 lpm. Auscultación cardiopulmonar: no soplos, no extratonos, no roce pericárdico, normoventilación; resto de exploración anodina. ECG: Ritmo sinusal a 65 lpm. Sin alteraciones agudas de la repolarización. Ante la persistencia de la clínica se deriva al servicio de Urgencias, donde se le realiza, una radiografía de tórax normal y una analítica de sangre destacando: troponina I 0,43 ng/ml y mioglobina 85,1 ng/ml. Nueva seriación de enzimas a las 6 horas: troponina 1,9 ng/ml. Se ingresa en Cardiología. Le realizan un ecocardiograma transtorácico con hallazgos de hipoquinesia de septo anterior, y una coronariografía sin hallazgos patológicos, descartando un infarto agudo de miocardio (IAM) y coronariopatía. Finalmente, la RMN cardíaca sugiere una miocarditis aguda de

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

ventrículo izquierdo afectando a septo medio con edema y fibrosis mesocárdica-transmural. Asocia aquinesia septal media y una fracción de eyección del 46%. Durante su ingreso, recibe tratamiento con antiinflamatorios y bisoprolol. Al alta permanece asintomático, se mantiene tratamiento con betabloqueante, se aconseja reposo relativo y evitar esfuerzos físicos relevantes en dos meses.

Juicio clínico: Miocarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: SCASEST, angina, insuficiencia cardíaca aguda (ICA), pericarditis.

Comentario final: La miocarditis es un proceso inflamatorio del miocardio ocasionado por agentes infecciosos, químicos o físicos. En los países desarrollados la etiología viral (enterovirus Coxsackie A y B) es la más frecuente. Los hallazgos clínicos a menudo se limitan a disnea, dolor torácico o palpitaciones en los días siguientes a un episodio febril. Otro tipo de manifestaciones: ICA, angina o incluso muerte súbita. En ocasiones el cuadro clínico inicial semeja a un IAM con alteraciones en electrocardiograma y elevación de enzimas cardiacas. Es una patología infradiagnosticada, pues frecuentemente se diagnostica por descarte de otras patologías. Aunque la biopsia miocárdica se considera el “patrón oro”, su diagnóstico se basa en criterios clínicos y en técnicas no invasivas, especialmente la resonancia cardiaca. La evolución más frecuente es la recuperación espontánea. Sin embargo, puede dar lugar a muerte súbita y un 5-10% de los pacientes desarrolla miocardiopatía dilatada.Las recomendaciones en el tratamiento de la miocarditis, en la mayoría de los casos, son las del manejo de la IC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Park Y, Ahn SG, Ko A, Ra SH, Cha J, Jee YG, Lee JH. Hypersensitivity myocarditis confirmed by cardiac magnetic resonance imaging and endomyocardial biopsy.Korean J Intern Med. 2014;29(2):236-40.

2. Kindermann I, Barth C, Mahfoud F, Ukena C, Lenski M, Yilmaz A. Update on Myocarditis. J Am Coll Cardiol. 2012;59:779-92.

3. Laraudogoitia E, Díez I.Miocarditis y miocardiopatías. Rev Esp Cardiol Supl. 2006;6:21E-9E 2.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.