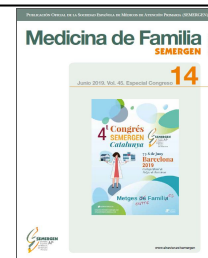




# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 421/34 - PERICARDITIS POR EPSTEIN BARR

C. Jorge Tufet<sup>1</sup>, M. Estadella Servalls<sup>2</sup>, C. Calvo Godoy<sup>2</sup>, J. Garcia Gonzalez<sup>2</sup>, A. Garrido Díaz<sup>2</sup>, A. Barco López<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Atención Primaria Cappont. Lleida. <sup>2</sup>Metge de família. Centro de Atención Primaria Cappont. Lleida.

### Resumen

**Descripció del cas/Descripción del caso:** Varón de 25 años de edad sin antecedentes patológicos de interés. Acude al Centro de Atención Primaria (CAP) por dolor torácico de características punzantes que mejora al incorporarse. Refiere fiebre de 38 °C sin ninguna otra clínica acompañante. Se realiza ECG dónde se objetivan alteraciones compatibles con una pericarditis aguda, por lo que se decide derivar a Hospital de referencia. Tras un ingreso de 48 horas y ecocardiograma normal, se da de alta con tratamiento domiciliario con ácido acetilsalicílico y colchicina. A los 15 días inicia un cuadro de odinofagia con amigdalitis pultácea que se trata con antibiótico. Se realiza analítica de control, objetivando alteraciones hepáticas no presentes en ingreso previo, por lo que se decide de nuevo derivación hospitalaria, dónde se le realizan estudios serológicos que resultan positivas para el virus de Epstein-Barr (VEB).

**Exploració i proves complementàries/Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: hemodinámicamente estable, con tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado. No Ingurgitación yugular. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda. ECG en el CAP: Ritmo sinusal a 66 latidos x minuto. PR 0,12 mm. QRS estrecho. Signos de hipertrofia ventricular izquierda. No ondas Q patológicas. Supradesnivelación del ST en DII, DIII AVF, V4-V6. ECG al alta: ritmo sinusal a 58 latidos x minuto. PR 0,12 mm. QRS estrecho. Elevación cóncava del ST. Analítica: 1<sup>er</sup> ingreso: hemograma normal, bioquímica con CK 596 U/L, troponina I 5,31 ng/ml, PCR 13,8 mg/l. 2<sup>o</sup> ingreso: GOT 505 U/l, GPT 1.567 U/l, CK 83 U/L, PCR 19,5 mg/l. IGM VEB positivo IgG VEB positivo. Rx tórax: normal. Ecografía abdominal: normal. Ecocardiograma: normal con FEVI normal sin segmentarismos ni derrame pericárdico.

**Judici clínic/Juicio clínico:** Pericarditis aguda en una mononucleosis infecciosa.

**Diagnòstic diferencial/Diagnóstico diferencial:** Ante un diagnóstico de pericarditis aguda se debe buscar la etiología. Como causa de etiología infecciosa, debemos pensar en: pericarditis víricas secundarias a Cocksakie y Ecovirus, Influenzae, VEB, varicela, hepatitis y HIV; pericarditis bacterianas probablemente secundarias a enfermedad pulmonar; Idiopáticas (probablemente vírica); amebiasis, aspergilosis, candidiasis, enfermedad de Kawasaki, enfermedad de Lyme. Otras etiologías no infecciosas: etiología traumática, congénita y pericarditis no infecciosas, secundarias a neoplasias, uremia, síndrome de Dressler, lupus, radiación, artritis reumatoide, esclerodermia, fármacos, granulomatosis de Wegener y enfermedad mixta de tejido conjuntivo.

**Comentari final/Comentario final:** En este caso, con el diagnóstico de pericarditis aguda, la aparición de alteraciones hepáticas y la odinofagia nos hacen sospechar en una mononucleosis como agente etiológico causal de la pericarditis. El diagnóstico de la misma, se confirma con estudio serológico positivo para VEB. La mononucleosis infecciosa se asocia con el VEB, el mecanismo de transmisión suele ser por exposición a

la saliva infectada y en menor medida por las relaciones sexuales. La presentación más común es con odinofagia, fiebre y linfadenopatías. Hay pocos casos descritos, en los que se han presentado como una pericarditis. El diagnóstico suele ser clínico y se confirma por linfocitosis, anticuerpos heterófilos y serologías positivas. El tratamiento es fundamentalmente sintomático.

### [Bibliografía/Bibliografía](#)

Roubille F, Gahide G, et al. EpsteinBarr Virus and Acute Myopericarditis in an Immunocompetent Patient. Internal Medicine. 2008;47:627-9.

Sabbatini S, et al. Myopericarditis during a primary Epstein-Barr virus infection in an otherwise healthy young adult.