

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

## 424/3128 - MIOCARDITIS AGUDA

R. Franco Ferraz<sup>1</sup>, E. Navarro Guerrero<sup>2</sup>, F. Alonso López<sup>3</sup> y S. Allali Mohand<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Melilla.<sup>2</sup>Médico de Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla. <sup>3</sup>Médico Intensivista. Hospital Comarcal de Melilla. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Norte. Melilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 22 años que consulta en Atención Primaria por cuadro de tres días de fiebre y odinofagia que no mejora con tratamiento antibiótico. No antecedentes personales de interés. Desde hace 24 horas describe opresión centrotorácica que empeora con la respiración y se alivia al incorporarse. No irradiación ni vegetatismo asociado. Ante hallazgos patológicos en ECG se deriva a Servicio de Urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada: buen estado general, eupneico. Estable hemodinámicamente con taquicardia a 118 lpm. Auscultación: tonos rítmicos sin soplos ni roces. Murmullo vesicular conservado. Resto anodino. ECG: Ritmo sinusal a 75 lpm, eje normal, PR descendido con ascenso en aVR, onda T negativa en DIII. Analítica sanguínea: glucosa 111 mg/dL, urea 35 mg/dL, creatinina 0,84 mg/dL, iones normal, PCR 13,6 mg/dL. Troponina I 6.050 ng/mL. CKMB 36,2 U/L. BNP 298 ng/mL. Hb 17,8 g/dL. Leucocitos 15.060/ml. Plaquetas 246.000/ml. Rx tórax: índice cardiotorácico normal, no imágenes de condensación ni signos de fracaso cardiaco agudo. ETT: ventrículo izquierdo de dimensiones normales con contractilidad homogénea y función sistólica global conservada (FEVI 60%). Válvula aórtica trivalva con buena apertura sin regurgitación. Válvula mitral sin alteraciones. Válvula tricúspide con buena apertura y regurgitación trivial. Resto normal. No derrame pericárdico. CardioRM: estudio dentro de límites normales. Ventrículo izquierdo de dimensiones y contractilidad normales. FEVI 56%. Patrón de realce tardío sin alteraciones. T2-STIR sin alteraciones.

**Orientación diagnóstica:** Miocarditis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Pericarditis aguda. Neumonía atípica.

**Comentario final:** El paciente evoluciona favorablemente con normalización analítica y electrocardiográfica, sin eventos arrítmicos en registros de telemetría y libre de clínica u otras complicaciones. El diagnóstico y manejo de la miocarditis aguda continúa siendo un desafío; por tanto, ante pacientes jóvenes con dolor torácico opresivo sin factores de riesgo cardiovascular que asocien pródromos infecciosos debemos pensar en esa posibilidad. La RM cardiaca, por su carácter no invasivo y por la información morfológica y funcional que ofrece, es probablemente el método diagnóstico de elección, aunque la biopsia endomiocárdica sigue siendo el patrón oro.

### Bibliografía

1. Galve-Basilio E, Alfonso-Manterola F, Ballester-Rodés M. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en miocardiopatías y miocarditis. Rev Esp Cardiol. 2000;53(3):360-93.

**Palabras clave:** Miocarditis. Cardiopatía inflamatoria.