

377/47 - OTRO QUE VIENE CON FIEBRE...¿PARACETAMOL Y PARA CASA?

S. Vidal Rodríguez¹, A. Barranco San Martín², V. Lumbreras González³, J. Capón Álvarez⁴, J. Martínez de Mandojana Hernández⁴, N. Fernández Martínez⁵, D. Saco Díaz⁵, N. Crespo García⁶.

¹Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. ²Médico de Familia. Centro de Salud Ponferrada II. León. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ⁴Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ⁵Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. León. ⁶Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 21 años alérgico a cefixima, sin antecedentes personales de relevancia. Acude a consulta de su médico de Atención Primaria por cuadro febril de 24 horas de evolución, cefalea, sensación disneica y dolor retroesternal no irradiado que empeora en decúbito supino y mejora con la sedestación.

Exploración y pruebas complementarias: Febril, consciente, orientado, colaborador, normocoloreado, normoperfundido, eupneico en reposo sin oxígeno, tolerando decúbito supino a 0º. Temperatura: 38.5°C, presión arterial: 115/76 mmHg, frecuencia cadíaca: 80 latidos por minuto, no signos de ingurgitación yugular, auscultación carotídea simétrica sin soplos. Auscultación cardiaca: rítmica ,sin soplos ni roce pericárdico, auscultación pulmonar: simétrica, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no hernias, ruidos hidroaéreos presentes, murphy, blumberg y puño percusión renal negativos. Extremidades inferiores: pulsos presentes, no signos de trombosis venosa profunda, no edemas. Electrocardiograma y radiografía de tórax sin hallazgos. Se deriva a hospital de referencia para completar estudio. Hemograma: leucocitos 19.4 mil/?L, cayados 3%, fibrinógeno 423, bioquímica, marcadores cardíacos y sistemático de orina con parámetros en rango. Se mantiene al paciente en observación con monitorización cardíaca y seriación de marcadores de daño miocárdico obteniéndose una troponina I pico de 2.04 ng/mL. Se decide ingreso en el servicio de Cardiología permaneciendo asintomático, con normalización de enzimas cardíacas, pruebas de autoinmunidad negativas. Solicitud tras el alta de Resonancia Magnética Nuclear de corazón y grandes vasos con resultados dentro de la normalidad.

Juicio clínico: Miocarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: Neumotórax, tromboembolismo pulmonar, infección respiratoria, infarto agudo de miocardio, endocarditis, insuficiencia cardíaca aguda, pericarditis.

Comentario final: La miocarditis es una enfermedad inflamatoria, no isquémica, del músculo cardíaco producida por un proceso infeccioso y/o una respuesta inmune. El diagnóstico diferencial es muy amplio y en muchos casos la anamnesis principal es la que nos dará la clave, como médicos de atención primaria para su sospecha. El espectro de manifestaciones clínicas es muy variable, oscilando desde el estado asintomático al shock cardiogénico. Las pruebas complementarias a nuestro alcance cómo es el caso del electrocardiograma

y la radiografía de tórax pueden no presentar alteraciones. En ocasiones el agente etiológico no llega a conocerse y el cuadro cede con el tiempo tan sólo con ayuda de tratamiento analgésico y observación. Entre las técnicas de imagen empleadas para su estudio destacan la resonancia magnética nuclear y la biopsia endomiocárdica.

Bibliografía

Rodríguez V, Veiga C; Miocarditis como diagnóstico diferencial del síndrome coronario agudo. Revista Española de Anestesiología y Reanimación.2006;53:319-322.

Schultheiss HP, Kühl U, Cooper LT. The management of myocarditis. European Heart Journal 2011;32:2.616-25.

Domínguez F, Kühl U. Actualización sobre miocarditis y miocardiopatía inflamatoria: el resurgir de la biopsia endomiocárdica. Rev Esp Cardiol 2016;69(2):178-187.