



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/23 - ¡¡Y todo empezó por una gastroenteritis!!

M.J. Domínguez Arévalo<sup>a</sup>, N.E. San Pedro Ortiz<sup>b</sup>, M.D. García Sanfilippo<sup>c</sup>, M. Rodríguez Porres<sup>d</sup> y V. Olavarria Ateca<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS de Colindres. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. CS Alto Asón. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. CS San Vicente de la Barquera. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. CS Bajo Asón. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 31 años, sin antecedentes personales de interés. Acude de Urgencias a la consulta de su médico de Atención Primaria por presentar un cuadro de dolor centrotorácico opresivo de 8 horas de evolución, no irradiado y sin cortejo vegetativo.

**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración física es anodina; en el electrocardiograma aparece discreta elevación del segmento ST en DII y aVF y T negativa en DIII. Se deriva a hospital, en donde solicitan troponinas, siendo el pico máximo de 1,58 ng/ml (valores de referencia 0,00-0,05) y radiografía de tórax. Durante el ingreso piden ecocardiograma y angiotac (para descartar tromboembolismo pulmonar), resultando todas las pruebas normales, al igual que los electrocardiogramas posteriores que realizaron. Reinterrogando al paciente, refiere un cuadro de gastroenteritis aguda leve los días previos al comienzo del dolor, que no comentó con su médico, por lo que se diagnostica de miocarditis leve y se inicia tratamiento sintomático con Paracetamol 1 gramo cada 6 horas hasta el cuarto día, que es dado de alta asintomática y con una troponina de 0,03 ng/ml. En la actualidad, el paciente continúa con controles rutinarios en la consulta de cardiología.

**Juicio clínico:** El diagnóstico definitivo es de miocarditis.

**Diagnóstico diferencial:** Origen cardíaco: Isquémico, no isquémico (pericarditis, miocarditis, prolapsio mitral, miocardiopatía), aórtico (aneurisma). Origen en estructuras torácicas: Pulmón (neumonía, embolia, carcinoma, bronquitis), pleura (pleuritis, neumotórax, hemotórax, empiema), mediastino (mediastinitis, enfisema, tumores), esófago (ulcus, achalasia, divertículo, reflujo, tumor), neurógeno (herpes zóster, lesión del plexo braquial, neuritis intercostal, compresión radicular). Músculo-esquelético: síndrome de Tietze, bursitis subacromial, traumatismo, tumor, osteoporosis. Glandular: mastodinia, mastitis, tumor. Origen infradiafragmático: peritonitis, colecistitis, úlcera, colelitiasis, pancreatitis, perforación gastrointestinal, tumor. Origen psicógeno: depresión, ansiedad, simulación, secundario a hiperventilación.

**Comentario final:** La miocarditis es una enfermedad inflamatoria del miocardio, de etiología fundamentalmente vírica, aunque su origen puede ser muy variado (bacterias, hongos, post-radiación, reumatólgico). La presentación clínica es muy variable, desde asintomática hasta clínica de insuficiencia cardíaca congestiva aguda o muerte súbita. El diagnóstico se basa en la clínica y exploraciones complementarias, aunque el diagnóstico de confirmación se hace con una biopsia endomiocárdica. La evolución más frecuente es la recuperación espontánea, recomendando reposo y tratamiento sintomático con analgésicos y antiinflamatorios. A nivel de Atención Primaria no es una patología en la que pensemos en

principio cuando acude un paciente con dolor torácico; sin embargo, dada su potencial morbilidad hay que tenerla siempre presente, sobre todo cuando el paciente sea joven y sin factores de riesgo cardiovascular. Hay que ser meticuloso en la anamnesis, realizando un buen interrogatorio para obtener algún dato que nos oriente al diagnóstico: Infecciones víricas previas (gastroenteritis en el caso que nos ocupa), bacteriana o fúngicas, reacciones alérgicas o enfermedad reumatólogica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dennert R, Crijns HJ, Heymans S. Acute viral myocarditis. Eur Heart J. 2008;17:2073-82.
2. Cooper LT. Miocarditis. N Engl J Med. 2009;360:1526-38.