



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/215 - Taquipnea recurrente: un signo de alerta en consulta

M.J. Labrador Hernández^a, G. Sgaramella^b, R.D. Rojas Valdivia^c, R. Taipe Sánchez^d, J.M. Romero Bonilla^e, M.P. Carlos González^f, J.L. Cepeda Blanco^g, V. Acosta Ramón^h, N. Santos Méndezⁱ y L. Alli Alonso^j

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Alisal. Santander. ^bMédico de Familia. Hospitalización Domiciliaria; ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS General Dávila. Santander. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. ^gMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^hMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo. Santander. ⁱMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^jMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Niño de 5 años que acude en reiteradas ocasiones a consulta de Pediatría y al SUAP por cuadro de una semana de evolución de taquipnea, episodios de cianosis perioral, abdominalgia, inapetencia, malestar general y vómitos aislados. Afebril. AP: Embarazo y parto normales. Asma del lactante. No alergias medicamentosas.

Exploración y pruebas complementarias: Peso: 22,6 Kg. FC: 98 lpm. FR: 20 rpm. TA: 85/55 mmHg. Buen estado general, afebril, hidratado, taquipneico. Normocoloreado. ORL: hiperemia faríngea. AC: rítmicos, no soplos. AP: Buena ventilación. Abdomen: blando, no visceromegalias. Neurológico normal. Pulsos presentes y simétricos. Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica: normales. PCR 0,1 mg/dl. Troponina I: 0,62 ng/mL. CK masa: 3,2 ng/mL. BNP: 486 pg/mL. Ecocardiograma: no derrame pericárdico ni pleurales. IT leve con gradiente máximo de 25 mmHg. IM leve-moderada. VI: DDVI 48 mm, FE Modo M 40%. VCI colapsa normal, no dilatada. Electrocardiograma: ritmo sinusal, a 104 lpm, BRDHH, Ondas T(-) de V1-V4. Descenso del ST en V1-V3. Serologías: PCR Parvovirus B19 negativa. IgG e IgM positivas.

Juicio clínico: Miocarditis por parvovirus B19.

Diagnóstico diferencial: Patología valvular; cardiopatías congénitas, neumonía atípica.

Comentario final: La miocarditis es un proceso inflamatorio que afecta al miocardio en respuesta a la acción de diversos agentes: infecciosos o no infecciosos. Los virus habitualmente implicados son Coxsackie, sobre todo los del tipo B; otros son citomegalovirus, adenovirus, arbovirus, echovirus. El proceso inflamatorio puede ocurrir por invasión directa, producción de toxinas o mediada inmunológicamente. La miocarditis es una enfermedad típicamente esporádica, aunque a veces puede aparecer en brotes epidémicos. Se presenta a cualquier edad, incluso durante la vida fetal, y afecta con más gravedad a los recién nacidos y lactantes. La incidencia real de miocarditis en niños se desconoce, porque son muchos los casos no diagnosticados. La presentación clínica varía, pudiendo estar asintomático o presentando disnea, dolor torácico, palpitaciones, insuficiencia cardíaca aguda, angina o incluso muerte súbita. En ocasiones el cuadro clínico inicial semeja a un infarto agudo de miocardio con alteraciones en ECG y elevación de enzimas cardíacas. Debido a la poca especificidad de sus síntomas clínicos de presentación, es habitualmente difícil de reconocer clínicamente en

su episodio inicial y, probablemente, es por ello una enfermedad infradiagnosticada. La valoración de los factores cardiovasculares nos puede ayudar, cuando el paciente tiene una edad de riesgo para hacer un diagnóstico diferencial con patologías de tipo isquémico. Resulta tranquilizador, no obstante, que se haya descrito en la literatura que la administración de trombolíticos a estos pacientes no ha supuesto un resultado más desfavorable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brady WJ, Ferguson JD, Ullman EA, Perron AD. Myocarditis: emergency department recognition and management. *Emerg Med Clin N Am*. 2004;22:865-85.
2. Laraudogoitia E, Diez I. Miocarditis y Miocardiopatías. *Revista Española de Cardiología*. 2006;6(E Supl);21-9.
3. Soongswang J, Sangtweisin C, Sittiwangkul R, Wanuitkun S, Muangmingsuk S, Sopontammarak S, et al. Myocardial diseases in Thai children. *J Med Assoc Thai* 2002;85:S648-57.