



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/292 - MIOCARDITIS: ¿UN DIAGNÓSTICO OLVIDADO?

R. Box Davó<sup>a</sup>, L. Segovia Calero<sup>b</sup>, R. Gandulla Soriano<sup>c</sup>, S. García Revert<sup>d</sup>, E. Catena<sup>c</sup> y A. Varo Seva<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud Florida. Alicante. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud Florida. Alicante. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Florida. Alicante. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año. Centro de Salud Florida. Alicante. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Babel. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 27 años. No RAM. No antecedentes de interés. No hábitos tóxicos. Acude a la consulta de Atención Primaria el 01/01/17 por cuadro febril, odinofagia y mialgias. T<sup>o</sup> 37,6 °C. Faringe: hiperémica ACP: normal. Tratamiento sintomático. El 05/01/17 acude por dolor centro torácico urente que cambia con la postura, náuseas y sudoración profusa.

**Exploración y pruebas complementarias:** En consulta: REG, afebril, normohidratado, eupneico. SatO<sub>2</sub>: 98%. FC: 60 lpm. ACP: normal. Neurológico: normal. ECG: RS a 70 lpm. Eje +60°. PR 0,2. QRS 0,12. Supradesnivel de ST de 1 mm de V2 a V6. Se deriva a urgencias hospitalarias. Analítica sanguínea: Cr 0,9, FG > 90, Glu 155, PCR 2,77, CK 244, TnT 252, leucos 12.160, HB 14. Rx tórax: normal. ECG: RS a 70 lpm. Eje +60°. PR 0,2. QRS 0,12. Supradesnivel de ST de 1 mm en V4-V5. En planta: Ecocardio: FEVI conservada sin alteraciones de la contractilidad segmentaria. No derrame pericárdico. No valvulopatías. Telemetría: sin eventos arrítmicos. Analítica sanguínea (al alta): TnT 52, CK 39, PCR 0,97.

**Juicio clínico:** Miocarditis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Infarto agudo miocardio. Pericarditis aguda. Valvulopatía aguda. Insuficiencia cardiaca aguda. Síndrome Takotsubo.

**Comentario final:** Durante su ingreso en Cardiología el paciente presentó episodios de dolor torácico leve con respuesta a analgesia convencional. Los parámetros analíticos de daño miocárdico e inflamación fueron en descenso. Al alta: reposo relativo, no realizar ejercicio intenso en 6 meses y analgesia. La miocarditis consiste en una inflamación del músculo cardíaco en respuesta a la acción de diversos microorganismos infecciosos. Los síntomas clínicos son muy poco específicos, por ello resulta complicado reconocer esta patología en su debut inicial y, probablemente, debido a esto es una enfermedad infradiagnosticada. La clínica se puede presentar con disnea, dolor torácico o palpitaciones en días posteriores a un proceso febril. En ocasiones puede confundirse con un infarto agudo de miocardio por sus alteraciones electrocardiográficas y elevación de troponinas. A pesar de que la evolución más frecuente es la resolución espontánea del cuadro, ocasionalmente puede provocar muerte súbita y un 5-10% de casos desarrolla miocardiopatía dilatada.

### Bibliografía

1. Wynne J, Braunwald E. Miocardiopatías y miocarditis. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19<sup>a</sup> ed. McGraw-Hill; 2015.

2. Cooper LT. Medical progress: Myocarditis. *N Engl J Med.* 2009;360:1526-38.
3. Fontela Cerezuela A, Teijero Mestre R, Luaces Mendez M, Serrano Antolín JM. Engrosamiento miocárdico transitorio de la pared posterior en paciente con miopericarditis aguda. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63:497-8.