



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/22 - PERIMIOCARDITIS Y NEUMONÍA

L. de la Fuente Blanco^a, L. Gómez Ruiz^b, A. Fernández Serna^c, C. Fortuny Henríquez^d, M. Arques Pérez^e, M. de la Hoz Gutiérrez^f, R. López Sánchez^g, S. Díez Martínez^h, Á. González Díaz-Faesⁱ y Á. del Castillo Criado^j

^aMédico Residente de 4º año de Cardiología. HUMV. Santander. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. ^eMédico de Familia. SUAP Sardinero. Santander. ^fMédico de Familia. SUAP Santander. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^hMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander. ⁱMédico Residente de 4º año de Endocrinología. HUMV. Santander. ^jMédico Residente de Cirugía General. HUMV. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 21 años con antecedentes de asma bronquial en tratamiento con salbutamol a demanda. Acude a urgencias por cuadro de siete días de evolución de fiebre de hasta 39 °C junto con clínica de tos seca. En los dos últimos días asocia dolor torácico que aumenta en decúbito y con la respiración y mejora al inclinarse hacia adelante). El cuadro no mejora con AINEs y paracetamol con persistencia de la fiebre. Ante el diagnóstico de miopericarditis con disfunción ventricular izquierda moderada se inicia tratamiento con ibuprofeno y colchicina y tratamiento de insuficiencia cardiaca con IECAS, betabloqueantes y espironolactona con buena respuesta observándose normalización de las alteraciones electrocardiográficas y mejoría de la función ventricular izquierda con FEVI al alta del 50%. Además para la neumonía se instaura tratamiento antibiótico con levofloxacino y cefotaxima con resolución clínica y radiográfica. Al alta se mantiene tratamiento antiinflamatorio y de insuficiencia cardiaca.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 38,3 °C, TAS: 115 mmHg, TAD: 70 mmHg, FC: 124 lpm, SatO₂: 90%. Paciente pálido, normoperfundido, sin ingurgitación yugular. AC: taquicardia con ritmo de galope por tercer ruido, sin soplos. AP crepitantes bilaterales, mayores en base derecha. Abdomen blando no doloroso sin megalías. Extremidades inferiores sin edemas. Hemograma: leucocitos $12,9 \times 10^3/\text{L}$, hemoglobina 13,3 g/dL, plaquetas $284 \times 10^3/\text{L}$. Bioquímica: función renal e iones normal, proteína C reactiva > 25 mg/dL. Troponina inicial y pico máximo 10,50 ng/mL ECG: taquicardia sinusal, PR normal, elevación difusa cóncava de ST con descenso en aVR y descenso del segmento PR. Rx de tórax: índice cardioráctico normal, condensación en lóbulo inferior derecho. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado, disfunción ventricular izquierda moderada-grave FEVI 35-40%, hipoquinesia grave en cara inferoposterior, cara anterior medio-apical y ápex. Insuficiencia mitral moderada. Vena cava inferior no dilatada. No derrame pericárdico. Antígenos neumococo y Legionella negativos. Antígeno Influenza negativo. PCR multiplex virus respiratorio positivo para coronavirus 229E

Juicio clínico: Perimiocarditis. Neumonía.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo.

Comentario final: La perimiocarditis se define por la presencia de dolor torácico, alteraciones electrocardiográficas típicas de pericarditis y elevación de enzimas miocárdicas y disfunción ventricular izquierda de nueva aparición. Se recomienda ingreso hospitalario para el tratamiento y monitorización. El diagnóstico fundamental debe hacerse con el síndrome coronario agudo. El tratamiento consiste en antiinflamatorios (aspirina 1.500-3.000 mg/día) o AINEs (ibuprofeno 1.200-2.400 mg/día), los corticoides se usan en caso de contraindicación, intolerancia a antiinflamatorios o AINEs y en casos recidivantes. Se recomienda reposo y no realizar actividad física durante seis meses. El pronóstico de la afectación miocárdica en la pericarditis es buena y numerosos estudios observacionales han demostrado que no se asocia a mayor incidencia de insuficiencia cardiaca ni mayor mortalidad.

Bibliografía

1. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. European Heart Journal. 2015;36:2921-64.

Palabras clave: Dolor torácico. Perimiocarditis.