



Miopericarditis por citomegalovirus en el adulto inmunocompetente: a propósito de 2 casos

Sr. Editor: La infección por citomegalovirus (CMV) es muy común y de distribución mundial. En pacientes inmunodeprimidos puede ocasionar afección multiorgánica y formas clínicas graves, pero su primoinfección en el adulto sano suele cursar de forma asintomática o producir un cuadro benigno similar al de la mononucleosis. La afección cardíaca en pacientes inmunocompetentes es excepcional, y se han publicado muy pocos casos¹ hasta la actualidad. Se presentan 2 casos de miopericarditis aguda por CMV en adultos sanos ingresados en nuestro centro de manera prácticamente simultánea.

Caso 1

Varón de 32 años sin antecedentes patológicos que consultó por fiebre y artralgias de 3 días de evolución, acompañado en las últimas horas de dolor torácico relacionado con los movimientos respiratorios y que mejoraba con la sedestación. La exploración física y la radiografía de tórax fueron normales. El electrocardiograma (ECG) evidenció elevación difusa del segmento ST. Su analítica era normal, excepto los valores de la isoenzima MB de la creatincinasa (CK-MB), 1,3 microkat/l (normal, < 0,4) y troponina, 1,7 microkat/l (normal, < 0,2). Con el diagnóstico de miopericarditis ingresó con tratamiento con ácido acetilsalicílico a dosis de 1 g/6 h. Su evolución inicial fue buena, con desaparición del dolor y la fiebre, pero reaparecieron a los 6 días. El ecocardiograma resultó normal. Analíticas posteriores constataron ligera elevación de los valores de transaminasas y fosfatasa alcalina. Una ecografía abdominal mostró discreta esplenomegalia. Las serologías virales fueron negativas, excepto para CMV: IgM, 3,34 DV (positiva, > 0,9); IgG negativa, 13,4 uA/ml (positiva, > 15). Posteriormente se comprobó antigenemia para CMV en 2 ocasiones (en ambas ocasiones 1/100.000 células infectadas). El cultivo viral fue negativo. Por su tórpida evolución clínica inicial se inició tratamiento con ganciclovir por vía intravenosa a dosis de 350 mg/12 h, con buena evolución posterior y que negativizó la antigenemia en una semana. A los 8 meses presentó seroconversión para CMV: IgM, < 0,9; IgG, > 250 uA/ml. A los 16 meses permanece asintomático.

Caso 2

Varón de 30 años sin antecedentes patológicos de interés que consultó por dolor torácico punzante con claro aumento con la inspiración profunda y en decúbito en los últimos 3 días, fiebre y astromialgia. La exploración física y radiografía de tórax fueron normales. El ECG manifestaba elevación difusa del ST. La analítica resultó normal, excepto CK-MB, 1,2 microkat/l y troponina I, 11,6 microkat/l. Se diagnosticó miopericarditis y se inició tratamiento con ácido acetilsalicílico a dosis de 1 g/6 h, con buena evolución. Serología CMV: IgM positiva (1,83 DV); IgG negativa (3,1 uA/ml); otras serologías virales negativas. Antigenemia y cultivo viral negativos. Un ecocardiograma fue normal. A los 6 meses presentó seroconversión para CMV: IgM, < 0,9; IgG, 237 uA/ml. Al año permanece asintomático.

La afección miopericárdica es excepcional en la primoinfección por CMV en adultos inmunocompetentes, y sólo se han descrito 3 casos en España²⁻⁴ (búsqueda realizada a través de las bases de datos PubMed de la National Library of Medicine [años 1949-2004] y el

Índice Médico Español [años 1971-2003] utilizando los términos «pericarditis», «miopericarditis», «miocarditis» y «citomegalovirus»). Nuestros pacientes eran jóvenes sanos que presentaron una miopericarditis aguda en el contexto de un cuadro inespecífico sugestivo de virasis. Ambos cumplieron criterios serológicos de primoinfección por CMV, IgM específica positiva y seroconversión de IgG; en el primero de ellos, apoyado por la repetida documentación de antigenemia y su negativización temprana tras iniciar tratamiento. Dado que la pericarditis aguda es habitualmente benigna, no suele investigarse su etiología excepto en pacientes de curso complicado. Nuestros casos cuestionan la excepcionalidad de la afección cardíaca por CMV reflejada en la bibliografía y sugieren la conveniencia de incluir esta etiología en el diagnóstico diferencial de la miopericarditis aguda del adulto sano. La posibilidad de proporcionar tratamiento específico es una razón adicional para intentar realizar el diagnóstico etiológico. Aunque su indicación en la primoinfección por CMV en inmunocompetentes no está establecida, parece lógico plantearla en los que tienen infecciones graves o complicadas⁵, al menos para acortar el período de enfermedad, como ilustra el primer caso, que presentó mejoría clínica y negativización de la antigenemia en pocos días.

Albert Ariza Solé, Jose Carlos Sánchez Salado, Eugenia Quintana Soldevila y Fina Alió Bosch

Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

1. Campbell PT, Li JS, Wall TC, O'Connor CN, Van Trigt P, Kenney RT, et al. Cytomegalovirus pericarditis: a case series and review of the literature. *Am J Med Sci* 1995;309:229-34.
2. Fernández de Sevilla T, Falcó V, Alegre J, Calicó I, Martínez JM. Pericarditis aguda por CMV. *Enf Infect Microbiol Clin* 1988;6:88.
3. Martín V, Miranda ML, Stiefel P, Villar J, Carneado de la Fuente J. Pericarditis aguda por citomegalovirus en huésped normal. *Enf Infect Microbiol Clin* 1989;7:515.
4. Callejas JL, Martínez MA, Hernández J, Torrededá J. Miopericarditis aguda por CMV en un paciente inmunocompetente. *Enf Infect Microbiol Clin* 1997;15:441-2.
5. McCormack JG, Bowler SD, Donnelly JE, Steadman C. Successful treatment of severe cytomegalovirus infection with ganciclovir in an immunocompetent host. *Clin Infect Dis* 1998;26:1007-8.



Pramipexol en el hipo intratable

Sr. Editor: El hipo es una contracción espástica e involuntaria de los músculos inspiratorios, seguida de un cierre brusco y súbito de la glotis, con emisión de un sonido característico¹. De acuerdo con su duración, el hipo puede clasificarse en agudo (de hasta 48 h de evolución), persistente (de más de 48 h de evolución) e intratable (si su evolución supera los 2 meses)². No existe un único tratamiento farmacológico eficaz del hipo persistente o intratable. Dado lo infrecuente de este trastorno,

los ensayos farmacológicos son aislados¹. Se presentan 2 pacientes con hipo continuo e intratable a los que se han administrado dosis bajas de pramipexol, sin que hayamos encontrado ninguna referencia bibliográfica en MEDLINE (1997-2004).

Caso 1. Varón de 85 años, con antecedentes de hipertensión arterial, úlcera duodenal e infección por *Helicobacter pylori*, quien presentaba un hipo continuo, de 9 meses de evolución, que dificultaba de modo dramático la comunicación oral y la alimentación, y le impedía dormir. La endoscopia digestiva y las tomografías computarizadas craneal, torácica y abdominal fueron normales. Se habían ensayado sin éxito fármacos como la clorpromazina, metoclopramida, baclofeno, gabapentina o clonazepam. El paciente siguió tratamiento con pramipexol a dosis crecientes, comenzando con 0,18 mg al día, hasta llegar a 0,18 mg 4 veces al día, dosis que demostró ser eficaz en el control absoluto del hipo. No se demostraron efectos secundarios.

Caso 2. Varón de 76 años, con antecedentes de hernia de hiato y crisis episódicas de hipo, que presentaba un hipo continuo de 2 meses de evolución rebelde al tratamiento farmacológico con clorpromazina, metoclopramida, baclofeno o midazolam. La endoscopia digestiva demostró una pequeña hernia de hiato sin reflujo gástrico. Las tomografías computarizadas craneal, torácica y abdominal fueron normales. El paciente siguió tratamiento con pramipexol a dosis progresivamente crecientes, comenzando con 0,18 mg al día, hasta llegar a 0,18 mg 3 o 4 veces al día, dosis que resultó ser eficaz y bien tolerada para controlar el hipo.

En el tratamiento del hipo se han utilizado con éxito fármacos gabaérgicos, como la gabapentina o el baclofeno, especialmente este último³; antagonistas de los receptores dopaminérgicos, como la clorpromazina y la metoclopramida; analgésicos no opiáceos, como el nefopam y la lidocaína; simpaticomiméticos, como el metilfenidato; antidepresivos, como la amitriptilina; benzodiacepinas, como el midazolam, y antagonistas del calcio, como el nimodipino y el nifedipino, entre otros^{1,2}. El pramipexol es un fármaco agonista de los receptores dopaminérgicos D2 y D3, que posee un cierto efecto antidepresivo y que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson⁴ y en el síndrome de piernas inquietas⁵. Existe una posible analogía fisiopatológica entre este último síndrome y el hipo prolongado e intratable, en el sentido de que son 2 entidades en las que existe un trastorno del movimiento involuntario, que en ocasiones puede ser controlado con fármacos de grupos terapéuticos similares.

Mario Martínez-Ruiz,
Francisco de Asís Fernández Riestra
y Roberto Quesada Rubio

Servicio de Medicina Interna.
Hospital Central de la Defensa.
Madrid. España.

1. Friedman NL. Hiccups: a treatment review. *Pharmacotherapy* 1996;16:986-95.
2. Smith HS, Busracamwong A. Management of hiccups in the palliative care population. *Am J Hosp Palliat Care* 2003;20:149-54.
3. Burke AM, White AB, Brill N. Baclofen for intractable hiccups. *N Engl J Med* 1988;319:1354.
4. Reichmann H, Brecht M, Koster J, Kraus P, Lemke M. Pramipexole in routine clinical practice: a prospective observational trial in Parkinson's disease. *CNS Drugs* 2003;17:965-73.
5. Wetter TC, Winkelmann J, Eisensehr I. Current treatment options for restless legs syndrome. *Expert Opin Pharmacother* 2003;4:1727-38.