



## 160/294 - EMULANDO A SHERLOCK HOLMES: ¿QUÉ PUEDE OCULTARSE TRAS UN PROCESO CATARRAL?

T. Tigera Calderón<sup>a</sup>, S. Crespo González<sup>b</sup>, R. Pérez Bol<sup>c</sup>, I. Roiz González<sup>d</sup>, F.J. Álvarez Álvarez<sup>e</sup>, A.R. Fernández Escudero<sup>f</sup>, J.M. Muñoz Pérez<sup>g</sup>, C. Cayón de las Cuevas<sup>h</sup> y J.M. Menchaca Riesco<sup>i</sup>, José María

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Renedo. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Montaña. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cudeyo. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Vicente de la Barquera. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Nansa. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel. Madrid. <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Liébana. Cantabria. <sup>h</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cantabria. <sup>i</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ramales. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 60 años hipertenso y sin otros antecedentes de interés. Acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria por catarro de vías altas, febrícula, disnea de moderados esfuerzos y mareo más episodio de opresión precordial autolimitado hacía dos días.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: TA: 160/90; FC: 110/min; SatO<sub>2</sub>: 95% y T<sup>a</sup>: 36,8 °C, siendo la exploración sistémica normal. Se realizó ECG objetivándose alteraciones del ST y onda T en derivaciones precordiales. Ante dicho hallazgo se derivó al paciente al servicio de urgencias hospitalarias. Pruebas complementarias realizadas en el hospital: Bioquímica: troponina: 8 ng/ml, resto normal. ECG: RS a 120/min. Inversión del ST y onda T V2-6 y II, III y aVF. Rx de tórax: No cardiomegalia. Mínimo patrón de redistribución vascular. Ecocardiograma transtorácico: FEVI reducida con alteraciones de la contractilidad.

**Juicio clínico:** Miocarditis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Cardiopatía isquémica. Pericarditis. Miocardiopatías.

**Comentario final:** La miocarditis es una causa de insuficiencia cardíaca con un amplio abanico de manifestaciones clínicas, desde la enfermedad subclínica hasta la muerte súbita. La verdadera incidencia y prevalencia es desconocida, siendo la etiología infecciosa viral la más frecuente. En cuanto al tratamiento, no difiere del convencional de la insuficiencia cardíaca, requiriendo en ocasiones tratamiento inmunosupresor e incluso trasplante cardíaco.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Leslie T. Cooper, Jr., M.D. N Engl J Med. 2009;360:1526-38.