



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/294 - Emulando a Sherlock Holmes: ¿Qué puede ocultarse tras un proceso catarral?

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

^aMédico de Familia. Centro de Salud Renedo. Santander. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Montaña. Santander. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Cudeyo. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud San Vicente de la Barquera. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Nansa. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel. Madrid. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Liébana. Cantabria. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cantabria. ⁱMédico 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; SatO₂: 95% y T^a: 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.