



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2793 - MIOPERICARDITIS DE ETIOLOGÍA VÍRICA

M. Gómez García<sup>a</sup>, M. Barroso Delgado<sup>b</sup>, B. Ricalde Muñoz<sup>c</sup>, E. Bermejo Ruiz<sup>d</sup>, S. Sánchez Herran<sup>e</sup> y T. Tigera Calderón<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Consultorio de Guriezo. Centro de Salud La Barrera. Castro Urdiales. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Consultorio Rural Valle de Villaverde. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. SUAP. Centro de Salud Corrales. Corrales de Buelna. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Medicina Interna. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 34 años sin AP de interés que acude a consulta por aparición de exantema en tronco y miembros junto con febrícula, precedido días antes de clínica catarral y acompañado de molestia centrotorácica opresiva irradiada a espalda.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, TA: 130/70, FC 90x&#39, T<sup>a</sup> 37,4 °C, Rash maculopapuloso afectando tronco y extremidades. PVY normal. AC: rítmica sin soplos ni roces. AP: m.v.c. Abdomen: anodino. EEII: no edemas. ECG: RS a 102x&#39. ST con morfología colgada sin clara elevación de V5-V6. Ligeramente descendido del PR en II. Derivado a Urgencias hospital con sospecha de pericarditis para completar estudio, ingresa en la UARH. Analítica: hemograma con coagulación normal. Bioquímica: normal. PCR 4,2 mg/dl. Troponina 3,2. Microbiología: PCR de enterovirus, VIH, VHB HBs Ag, anti-VHC, parvovirus B19 IgG/M, M. pneumoniae IgG/M negativo. Toxoplasma gondii IgG, citomegalovirus IgG, VHS 1/2 IgG, Epstein-Barr IgG positivo. Rx tórax: normal. Ecocardiograma: VI hiperdinámico sin alteraciones segmentarias de la contractilidad ni derrame pericárdico. Durante su ingreso permanece asintomático bajo tratamiento con AAS y el exantema desaparece. Tras alta sigue tratamiento dos semanas con ibuprofeno 400 mg/12h y omeprazol 20 mg/24h y se remite a consulta para control clínico-radiológico con RMN normal.

**Juicio clínico:** Miopericarditis aguda vírica.

**Diagnóstico diferencial:** Cardiopatía isquémica. TEP. Disección aórtica.

**Comentario final:** Entre un 15-35% de pericarditis presentan elevación de marcadores cardíacos (miopericarditis). Su diagnóstico se basa en dicha elevación de biomarcadores cardíacos y al menos 2 de estas características: dolor torácico pericárdico, supradesnivelación del ST, roce pericárdico y/o derrame pericárdico. El tratamiento es restricción de ejercicio al menos 3 meses combinado con AINEs o AAS, reservándose colchicina o corticoides para casos recidivantes. Las dosis empleadas de AINEs suelen ser más bajas que en la pericarditis, sobre todo en casos de disfunción ventricular importante. Afecta sobre todo a varones jóvenes con pronóstico a largo plazo excelente y baja morbimortalidad; la complicación más frecuente es la pericarditis recurrente.

## **Bibliografía**

1. León-Jiménez J, Gamaza-Chulián S, Miopericarditis en nuestro medio: aspectos clínicos y evolutivos en una serie de casos. *Cardiocoore*. 2014;49(2):67-70.

**Palabras clave:** Dolor torácico. Virus. Troponina.