

# Miopericarditis aguda: busquemos la causa

Acute myopericarditis: let's look for the cause

Miopericardite aguda: busquemos a causa

Rubén Níñez Lorigados<sup>1</sup>, Raquel Marzoa Rivas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MÉDICO INTERNO RESIDENTE EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD DE SERANTES. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. EMAIL: RUBEN.NINEZ.LORIGADOS@SERGAS.ES

<sup>2</sup> JEFA DE SERVICIO. SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. EMAIL: RAQUEL.MARZOA.RIVAS@SERGAS.ES

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Rubén Níñez Lorigados. Email: ruben.ninez.lorigados@sergas.es

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(1)  
Págs. 29-30

## INTRODUCCIÓN

Paciente de 54 años, fumador, obeso y a tratamiento por dislipemia. Refiere antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz. Reside en área rural, tiene como animales de compañía varios perros y gatos. Sin otros antecedentes de interés.

Acude al Servicio de Urgencias por clínica de dolor centrotorácico de 48 horas de evolución, irradiado a espalda, que describe como punzante, que empeora con el decúbito y la inspiración profunda, mejorando con la sedestación. No asocia cortejo vegetativo, fiebre ni ninguna otra clínica.

A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable y se realiza un ECG que muestra un ritmo sinusal a 90lpm sin alteraciones de la repolarización. La exploración física es anodina, incluida la auscultación cardíaca que no presenta soplos ni roce. Se solicitan una radiografía de tórax, que no presenta datos de patología pleuropulmonar aguda, y una analítica donde destacan una proteína C reactiva elevada (33 mg/L), leucocitosis de 12320/μL y una Troponina T<sub>hs</sub> de 586 ng/L.

Con alta sospecha de miopericarditis aguda se decide ingreso hospitalario para completar el estudio e iniciar tratamiento.

## DIAGNÓSTICO

En el diagnóstico diferencial del dolor torácico debemos incluir las patologías cardíacas y de grandes vasos, respiratorias, digestivas, musculoesqueléticas y otras menos frecuentes como las cutáneas o las causas psiquiátricas<sup>1</sup>.

Empezando por las causas cardíacas, además del ECG inicial, se realizó un ecocardiograma transtorácico (ETT) que mostró un derrame pericárdico trivial, así como un cateterismo que revela arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas. Con estos datos se descartan el origen valvular y coronario, así como un derrame pericárdico relevante o patología aórtica como causas del dolor.

Con la radiografía de tórax descrita y la ausencia de clínica respiratoria podemos suprimir causas respiratorias de dolor torácico como infecciones respiratorias, neumotórax, crisis asmática o patología pleuropulmonar maligna. Además, en el ETT se descarta patología que origine hipertensión pulmonar (i.e. TEP).

Sin un antecedente traumático y dadas las características pleuríticas del dolor, se eliminan razonablemente las causas musculoesqueléticas; mientras que la ausencia de clínica digestiva como reflujo, vómitos o náuseas, no orienta hacia causas gastrointestinales.

Se solicitó una Cardio-Resonancia Magnética para el análisis de realce precoz y tardío que confirmó la sospecha diagnóstica inicial mostrando una afectación predominante a nivel de epicardio/pericardio.

A su ingreso se realizó también una batería serológica que incluía *Toxoplasma gondii*, cuyo resultado reveló una IgM positiva y una IgG negativa, con seroconversión a las ocho semanas, por lo que podemos confirmar que la causa del dolor torácico de este paciente era una miopericarditis aguda por *Toxoplasma Gondii* con afectación predominante en pericardio/epicardio.

## CONCLUSIONES

La pericarditis aguda es la patología más frecuente que afecta al pericardio<sup>3</sup>, de curso habitualmente benigno y autolimitado, y cuya etiología más frecuente en nuestro medio es la vírica/idiopática si bien existen otras causas como la Toxoplasmosis<sup>2</sup> presentada en este caso que pueden requerir de un tratamiento específico. No siempre tenemos que realizar un diagnóstico etiológico de la pericarditis aguda<sup>3</sup> pero sí debemos identificar los casos que presenten criterios de gravedad (fiebre, signos de

taponamiento cardíaco, elevación de marcadores de daño miocárdico, etc.) o sospecha de una etiología que requiera tratamiento específico (malignidad, tuberculosis, pericarditis purulenta)<sup>4</sup>. Las complicaciones son infrecuentes pero potencialmente graves, como el taponamiento cardíaco o la pericarditis recurrente.

La elevación de marcadores de daño miocárdico hace necesario descartar enfermedad coronaria subyacente y plantear la realización de una cardio-RMN, que permite confirmar el diagnóstico y evaluar la severidad de la afectación miocárdica<sup>5</sup>. En este caso se inició tratamiento<sup>2,4,6</sup> con ibuprofeno, colchicina (durante 3 meses) y Trimetoprim-Sulfametoxazol (durante 4 semanas) con buena evolución desde el inicio, por lo que no se planteó la realización de una biopsia endomiocárdica.

El paciente implicado ha sido informado de la finalidad de este artículo y ha dado su consentimiento informado para su publicación de forma anonimizada.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- 1 Judd E Hollander, MD, Maureen Chase, MD, MPH. Evaluation of the adult with chest pain in the emergency department. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-chest-pain-in-the-emergency-department?source=bookmarks\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-chest-pain-in-the-emergency-department?source=bookmarks_widget) (acceso el 19/08/2020).
- 2 Sano J, Saitoh H. Toxoplasma pericarditis without immunosuppressant disorder detected by polymerase chain reaction of pericardial fluid: a case report. J Cardiol. 2000 Jan, 35(1): 47-54.
- 3 Massimo Imazio, MD, FESC. Acute pericarditis: Clinical presentation, diagnostic evaluation, and diagnosis. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/acute-pericarditis-clinical-presentation-diagnostic-evaluation-and-diagnosis?topicRef=288&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/acute-pericarditis-clinical-presentation-diagnostic-evaluation-and-diagnosis?topicRef=288&source=see_link) (acceso el 19/08/2020)
- 4 Massimo Imazio, MD, FESC. Acute pericarditis: treatment and prognosis. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/acute-pericarditis-treatment-and-prognosis?topicRef=4940&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/acute-pericarditis-treatment-and-prognosis?topicRef=4940&source=see_link) (acceso el 20/08/2020).
- 5 Ferreira VM, Schulz-Menger J, Holmavang G et al. Cardiovascular Magnetic Resonance in Nonischemic Myocardial Inflammation. Expert Recommendations J Am Coll Cardiol. 2018 Dec 18; 72 (24): 3158-3176. DOI: 10.1016/j.jacc.2018.09.072.
- 6 Eskild Petersen, MD, DMSc, DTM&H. Toxoplasmosis: acute systemic disease. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/toxoplasmosis-acute-systemic-disease?search=toxoplasmosis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/toxoplasmosis-acute-systemic-disease?search=toxoplasmosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1) (acceso el 20/08/2020).