

Miocarditis aguda por Epstein-Barr – 2010

Dr. Edgardo Schapachnik

Queridos amigos:

El hijo adolescente (19 a) de unos amigos presentó a fines de julio un episodio de intenso dolor precordial por el cual se realizó el primer ECG que adjunto.

No tuvo pródromos y carece de factores de riesgo coronarios, como así de todo tipo de antecedentes patológicos.

Fue internado en una UCO donde se constató gran aumento de enzimas y troponina.

Por lo que recabé telefónicamente hablando con los cardiólogos tratantes, su examen físico fue siempre normal, con signos vitales normales, hemodinámicamente estable y sin presentar arritmias. Los Ecocardiogramas seriados fueron todos normales y se estableció el diagnóstico de miocarditis aguda,

El estudio con resonancia magnética permitió confirmar el diagnóstico clínico ya que mostró captación focal tardía de gadolinio con patrón típico de miocarditis por el aspecto "en parches" de las imágenes obtenidas.

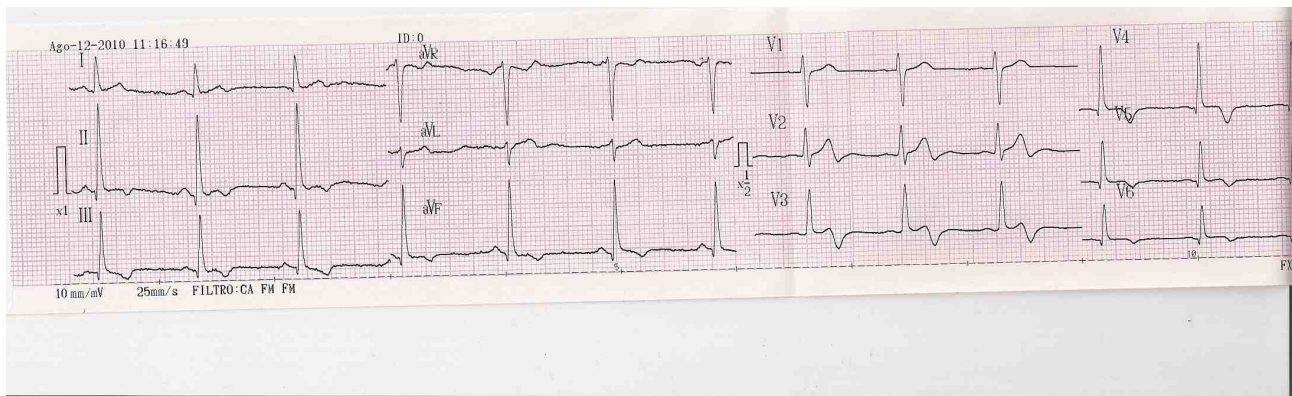
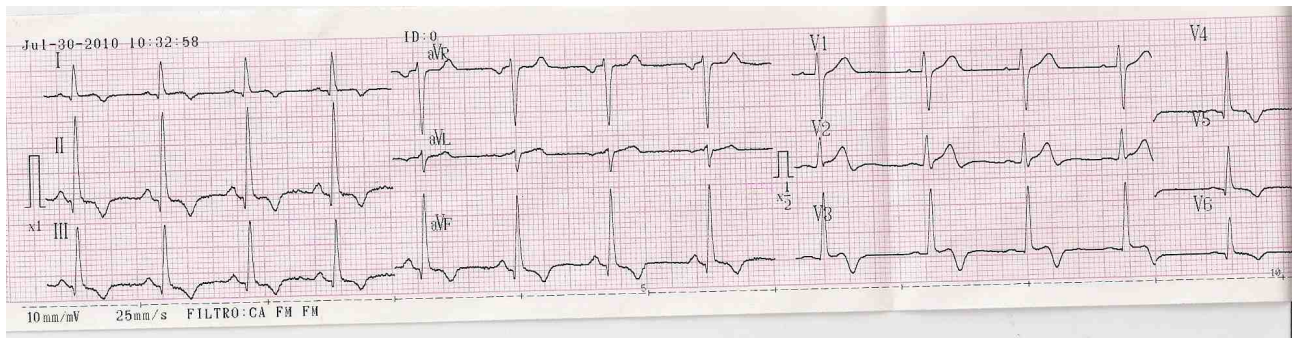
Al cabo de una semana normalizó todas las enzimas.

Luego de su alta pudo saberse no sin sorpresa que el virus responsable era el de la mononucleosis infecciosa.

La pregunta que hago a los colegas es ¿cómo procederían con el reposo de este muchacho, ya que como comprenderán es el aspecto tal vez más difícil de controlar?

Estos son el ECG al ingreso y el de hace pocos días

Edgardo Schapachnik



OPINIONES DE COLEGAS

Hola

Lo primero a decir es que los cambios ECG y el reposo no deben estar necesariamente correlacionados.

Las enzimas deben normalizarse.

Preguntar otra vez por drogas y sustancias.

Por último un viejo método, que todavía se utiliza en algunos lugares (mi casa por ejemplo) es:

1. Amarrar pies y manos a la cama mientras duerme
2. Sofocar los gritos con cualquier instrumento ad hoc
3. Quitarle la mensualidad para que no vaya a ningún lado

Saludos, pero en 2 semanas debiera estar OK. Puede hacerse prueba de esfuerzo de ser necesario.

Adrián Baranchuk

Querido Edgardo,

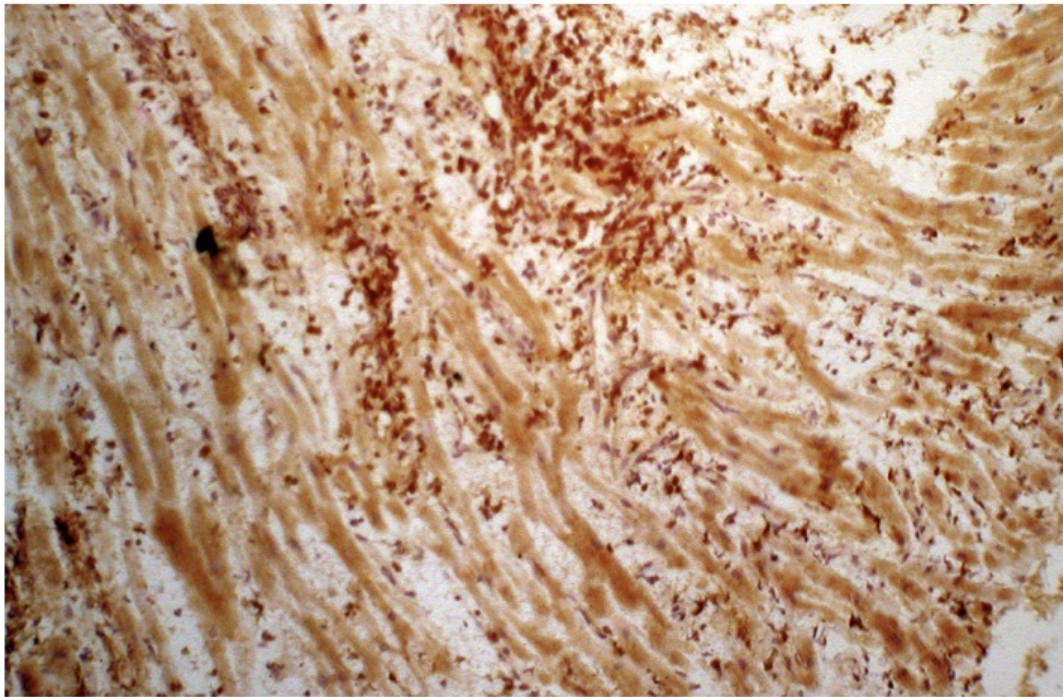
Se trata de un caso raro de forma miocárdica pura de una etiología también rara por Epstein Barr. Te adjunto la magnífica revisión de Cooper del NEJM ,donde en la tabla se detalla el "escenario" del caso que presentas. A mayor abundamiento adjunto diapositiva de BIOPSIA ENDOMIOCARDICA de miocarditis linfocitaria de nuestra casuística con técnica inmunohistoquímica para linfocitos T, para tener idea de la necesidad de un reposo de un mes, seguido de otro "mitigado" de 15 días, según nuestra experiencia. Esto se puede modificar de contarse con un control de RMN. Nótese el gran edema intersticial, la necrosis de varios miocitos, la atenuación generalizada y el marcado infiltrado a predominio T.

Cooper LT Jr. Myocarditis. *N Engl J Med*. 2009;360(15):1526–1538.
doi:10.1056/NEJMra0800028

Abstract

Myocarditis may present with a wide range of symptoms, ranging from mild dyspnea or chest pain that resolves without specific therapy to cardiogenic shock and death. Dilated cardiomyopathy with chronic heart failure is the major long-term sequela of myocarditis. Most often, myocarditis results from common viral infections; less commonly, specific forms of myocarditis may result from other pathogens, toxic or hypersensitivity drug reactions, giant-cell myocarditis, or sarcoidosis. The prognosis and treatment of myocarditis vary according to the cause, and clinical and hemodynamic data usually provide guidance to decide when to refer a patient to a specialist for endomyocardial biopsy. The aim of this review is to provide a practical and current approach to the evaluation and treatment of suspected myocarditis.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19357408/?from_term=Myocarditis+Leslie+T.+Cooper&from_pos=2



Un abrazo,

José Milei

