

# La importancia de pensar en un shock cardiogénico en urgencias: miocarditis fulminante

Ramos Rodríguez, A., Romero Castillo, E., Rodríguez González, M., Flores González, C., Quintero Otero, S., Hernández González, A.  
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Puerta del Mar.

## INTRODUCCIÓN

En Urgencias tenemos que enfrentarnos a patologías infrecuentes pero fulminantes cuya sospecha diagnóstica puede ser fundamental para el manejo y desenlace de nuestro paciente. Es el caso de la miocarditis en su forma de presentación más agresiva, que cursa con shock cardiogénico e incluso muerte súbita; de hecho, desgraciadamente, en muchas ocasiones el diagnóstico es post-mortem.

### Anamnesis

- Niño de 2 años
- Sin antecedentes personales de interés
- Acude por decaimiento y frialdad
- Cursando gastroenteritis la última semana

### Exploración

- Tª 35°C rectal. FC 170 lpm, TA 79/55 mmHg, SatO2 100%, glucemia capilar 179 mg/dL
- Mal estado general. Llanto débil, palidez y mala perfusión periférica, discreto edema palpebral bilateral
- ACR: buena ventilación bilateral, tonos rítmicos sin soplos. Resto de la exploración sin alteraciones

### Actuación en urgencias

- Se canaliza vía periférica y extrae hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría y hemocultivo.
- Se expande con suero salino fisiológico 20 ml/kg, deteniéndose la infusión tras 90 ml por no mejoría del estado general.
- Se contacta con UCIP

### Actuación en UCIP

- **Ecocardiografía funcional:** disfunción biventricular severa con miocardio engrosado y refringente.
- Durante la canalización de vía central
  - Desaturación brusca y bradicardia <60 lpm,
  - **RCP avanzada + ECMO**

### Evolución

Traslado a hospital de referencia de trasplante cardiaco  
↓  
Hemorragia intracerebral masiva.  
↓  
Éxito

Revisando la bibliografía, en la mayoría de los casos la presentación clínica de la miocarditis fulminante es inespecífica, con distrés respiratorio como primer signo de alarma. Es característica infección dentro de los 4 días previos, en contraposición con la miocarditis típica, en la que la latencia es de 10-15 días. Resaltamos la importancia de tener en cuenta el shock cardiogénico debido a miocarditis en el diagnóstico diferencial de aquellos pacientes inestables con antecedentes de infecciones en los días previos, pues el manejo inicial difiere del resto de tipos de shocks y puede ser determinante para el pronóstico del paciente. Ciertos signos clínico-analíticos identificables en la primera actuación en urgencias poseen factor pronóstico.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES