

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

PÓSTER SIN DEFENSA

**No toda polipnea es sinónimo de infección
respiratoria**

Buitrago García V, Silvera Roig P, Ruíz Vicente A, Andreu Villalpando E, Arroyas Sánchez M, García- García ML. *Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

- La polipnea es un signo clínico que puede estar asociado a diferentes patologías.
- El objetivo del caso es recordar que no todo lo que parece patología respiratoria siempre lo es. Es importante tener en cuenta otros diagnósticos diferenciales que, aunque son menos frecuentes que la patología respiratoria, presentan una gravedad clínica que hace necesario un diagnóstico precoz.

MÉTODOS

Lactante varón de **6 meses** que acude por **polipnea** de 12 horas de evolución asociada a tos y rinorrea

A su llegada al hospital:

Polipnea (80 rpm), resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax (patrón intersticial leve difuso), gasometría y electrocardiograma (ECG) sin alteraciones.

Ante buen estado general, se decide control en 48 horas.

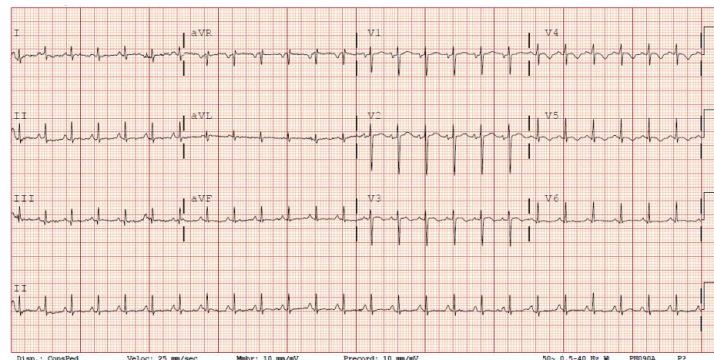
A las 48 horas:

Persiste polipnea asociando **fiebre** de 18 horas de evolución.

Exploración física: polipnea (68 rpm), tiraje subcostal, SatO₂ 100%. Ingresa para estudio.

Durante el ingreso:

Polipnea + tendencia a la taquicardia. ECG: **Voltajes disminuidos** y alteración de la repolarización **con ondas T planas en todas las derivaciones.**



A las 14 horas del ingreso, **episodio de mala perfusión periférica**. Ante sospecha de sepsis se inicia antibioterapia empírica (cefotaxima).

- Análítica sanguínea: PCR 1 mg/l, PCT 0.11 ng/ml, 14310 leucocitos/mcl (25.4%N, 65%L)
- Ecocardiograma: vena cava inferior y suprahepáticas dilatadas. Insuficiencia tricuspídea moderada. Aurícula izquierda dilatada. Insuficiencia mitral grave con anillo mitral dilatado. Ventrículo izquierdo dilatado. Derrame pericárdico global. **Conclusión: sospecha de miocarditis aguda.**

Ante progresiva tendencia a la hipotensión, se inicia perfusión de dopamina iv y se traslada a UCIP.

Evolución en UCIP: precisa varios ciclos de Levosimendán, con mejoría progresiva en los siguientes dos meses. Hallazgos microbiológicos compatibles con **miocarditis aguda viral por parvovirus.**

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- La **etiología** más frecuente de la **miocarditis** es la infección **viral**.
- Los signos clínicos iniciales son similares a los de las infecciones respiratorias, siendo necesario un **alto índice de sospecha para su diagnóstico**, ya que puede presentarse como una insuficiencia cardíaca congestiva de aparición progresiva o, incluso como un shock cardiogénico de instauración rápida.
- La biopsia miocárdica es el “patrón oro”, sin embargo, su diagnóstico se basa habitualmente en criterios clínicos y técnicas no invasivas, especialmente la **resonancia magnética cardíaca**.
- El tratamiento se basa en el control de arritmias, de la insuficiencia cardíaca y etiológico cuando sea posible.