

Miocarditis por dengue

Dengue fever myocarditis

Dr. Ricardo Amador García Hernández, Dr. Fidel Espinosa Rivera, Dra. Lianet Rivero Seriel

Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

El dengue es un arbovirus transmitido por el *Aedes aegypti*, produce los cuadros clínicos de dengue clásico, dengue hemorrágico y síndrome de choque por dengue, aisladamente se reportan casos de miocarditis. Se presentó un paciente con antecedentes de dengue clásico que manifestó dolor precordial asociado a cambios electrocardiográficos y fue ingresado en este hospital por síndrome coronario agudo probable, al cual se le diagnosticó clínicamente miocarditis por dengue.

Palabras clave: dengue clásico, miocarditis por dengue, síndrome coronario agudo.

ABSTRACT

Dengue is an arbovirus transmitted by the *Aedes Aegypti* mosquito that produces the clinical picture of classical dengue fever, hemorrhagic dengue fever and dengue shock syndrome. In an isolated form, cases of myocarditis are reported. We presented a case about a patient with antecedents of classical dengue fever and chest pain associated to electrocardiograph changes who was admitted to this hospital presenting a probable acute coronary syndrome. Myocarditis following dengue fever was clinically diagnosed.

Key words: classical dengue fever, myocarditis following dengue fever, acute coronary syndrome.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 54 años con antecedentes de presentar cefalea retro-ocular, cansancio, artralgias, mialgias, fiebre de 39 °C y disminución del apetito, al cual se le diagnostica dengue clásico en su área de salud. Dos meses posteriores al diagnóstico presenta episodios de dolor precordial limitado a la región inframamilar izquierda de carácter punzante, de pocos segundos de duración y asociado a esfuerzo físico, acompañado de cambios electrocardiográficos sugestivos de síndrome coronario agudo por lo cual se decide su ingreso.

Datos positivos al examen físico

A su ingreso se constató soplo mesosistólico de carácter eyectivo II/VI en foco aórtico sin irradiación; tensión arterial: 120/80 mmHg y frecuencia cardíaca: 88 lat/min.

Datos positivos en exámenes complementarios

Se realiza nuevamente electrocardiograma de 12 derivaciones y se constata ritmo sinusal, eje QRS 60° , infradesnivel de segmento ST de 2,5 mm y ondas t negativas en derivaciones precordiales V₃- V₆ (Fig. 1).



Fig. 1. Electrocardiograma de 12 derivaciones donde se evidencia: eje QRS 60°, ritmo sinusal, con infradesnivel de ST de 2,5 mm de V₃- V₆ y ondas T negativas.

El ecocardiograma transtorácico mostró ventrículo izquierdo elíptico con adecuada función global y segmentaria, sin evidencia de valvulopatías ni dilatación de cavidades cardíacas (Fig. 2).



Fig. 2. Ecocardiograma transtorácico donde se detecta ventrículo izquierdo con adecuada función global y segmentaria, sin evidencia de valvulopatías ni dilatación de cavidades cardíacas.

La serología para dengue dio positiva a IgM, el resto de los parámetros bioquímicos, incluyendo los marcadores de necrosis miocárdica, se encontraban dentro de límites normales.

Diagnóstico y evolución

Se diagnostica, presuntivamente, miocarditis por virus del dengue y se decide tratar con analgésicos. Durante su estadía en el servicio de coronario no presentó episodios de dolor precordial. Se da de alta sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Las infecciones virales constituyen sin duda la causa más frecuente de miocarditis, los virus cardiotrópicos son la causa principal en países en vías de desarrollo, aunque también en número reducido se han reportado casos de miocarditis por virus del dengue.¹ La patogénesis aún no está bien definida, se presume que el virus invade directamente el miocardio o produce un complejo autoinmune que daña las fibras miocárdicas, lo cual persiste tiempo después de la infección viral inicial.² Desde el punto de vista de la evolución clínica, la enfermedad puede presentarse de forma fulminante con manifestaciones de insuficiencia cardíaca, *shock* cardiogénico, embolismos pulmonares y muerte súbita, o más frecuente, de forma asintomática, que evolucione solapadamente hacia la miocardiopatía dilatada. Otros autores plantean la presencia de síntomas no específicos, tales como astenia, fiebre, manifestaciones catarrales o dolor precordial acompañado de arritmias cardíacas (bloqueos auriculoventriculares, fibrilación auricular, disfunción sinusal y contracciones ventriculares prematuras)³ o de alteraciones electrocardiográficas del segmento ST y onda T que pueden simular un infarto de miocardio.⁴ Independientemente de que no existen patrones ecocardiográficos patognomónicos,

puede detectarse dilatación e hipertrofia de cavidades cardíacas así como trastornos segmentarios de la contractilidad, aunque en la mayoría de los casos reportados no se documentan alteraciones significativas.⁵ En el orden de los exámenes complementarios, se reportan en algunos casos eritrosedimentación elevada, leucocitosis o elevación de marcadores de daño miocárdico.⁶ Las pruebas de detección de anticuerpos antivirales apoyan los hallazgos clínicos, de laboratorios e imaginológicos y contribuyen así a un diagnóstico presuntivo, si no se realizara la biopsia endomiocárdica.⁷ A juzgar por lo expuesto, consideramos que el diagnóstico de miocarditis por dengue es eminentemente clínico, tomando en cuenta la atipicidad de su presentación. Llamamos la atención que debe ser sospechada en todo paciente con diagnóstico de dengue y manifestaciones atípicas de dolor precordial asociado a cambios eléctricos sin evidencia de isquemia miocárdica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mahrholdt H, Wagner A, Deluigi CC, Kispert E, Hager S, Meinhardt G, et al. Presentation, patterns of myocardial damage, and clinical course of viral myocarditis. *Circulation*. 2006;114(15):1581-90.
2. Obeyesekere I, Hermon Y. Arbovirus heart disease: myocarditis and cardiomyopathy following dengue and chikungunya fever -a follow-up study. *Am Heart J*. 1973;85:186-94.
3. Promphan W, Sopontammarak S, Pruekprasert P. Dengue myocarditis. *South Asian J Trop Med Pub Health*. 2004;35:611-3.
4. Chi-Hang L, Clarence T, Low FA. Fulminant dengue myocarditis masquerading as acute myocardial infarction [Cartas al editor]. *Intern J Cardiol*. 2009;136:e69-e71.
5. Gulati S, Maheshwari. Atypical manifestation of dengue. *Trop Med Intern Health*. 2007;12:1087-95.
6. Dennert R, Crijns HJ, Heymans S. Acute viral myocarditis. *Eur Heart J*. 2008;(17):2073-82.
7. Pamo RGO, Caballero LJ, Lema OJ, Orihuela BY, Llamocca PP. Rabdomiolisis y miocarditis asociados con infección por el virus dengue. *Rev Perú Med Exp Salud Púb*. 2008;25-33.

Recibido: 5 de diciembre de 2012.

Aprobado: 12 de diciembre de 2012.

Dr. *Ricardo Amador García Hernández*. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", San Lázaro No. 701 entre Belascoaín y Marqués González. La Habana, Cuba.
ramador@infomed.sld.cu
