

Reporte de un caso de miocarditis, presumiblemente urliana. Revisión de la literatura

Por los Dres.:

SANDALIO DURÁN ALVAREZ(*), RAMÓN CASANOVA ARZOLA(**),
JULIO LÓPEZ BENÍTEZ(***) Y PEDRO MÁS LAGO(****)

INTRODUCCION

La idea de la inflamación del corazón fue escrita desde 1870.¹ En 1918, *Pujol* y colaboradores describen observaciones clínicas en soldados franceses con papera en los cuales la toma cardíaca fue sospechada por angina y disnea, pero no tuvieron confirmación electrocardiográfica.²

En 1932, *Manca* reporta los hallazgos patológicos de la miocarditis intersticial en un caso fatal de paperas^{3,4} y describe los hallazgos necrópsicos en un soldado de veintidós años de edad que falleció catorce días después del inicio de su enfermedad, la cual ocurrió durante una severa epidemia en las barracas.⁵ Los papeles de *Manca* parecen ser los primeros que describen alteraciones patológicas en el corazón de un paciente muerto de miocarditis viral.⁶

En 1941 *Croemberg* y *Nordin* describieron 120 pacientes, en los que el examen electrocardiográfico había demos-

trado que la incidencia de carditis podía ser tan alta como 5%.⁷ Una incidencia similar fue demostrada por *Dahl*.⁸

En 1945 *Rosemberg* encontró anomalías electrocardiográficas en 16 de 104 pacientes con paperas.⁹ En 15 de los pacientes las anomalías aparecieron entre el quinto y décimo día de la enfermedad; en 14 hubo regresión a la normalidad en menos de un mes; pero en dos casos esto no sucedió por varias semanas. Este estudio fue hecho por el autor después de encontrar un paciente con disociación A-V.

En 1949 *Bland* reportó un caso en que los síntomas cardíacos y electrocardiográficos, precedieron al desarrollo de la parotiditis.

En 1954 *Engtssen* y *Grandahl* estudiaron 564 casos durante una epidemia de paperas.⁵ Encontraron anomalías electrocardiográficas en cerca del 7% de 243 adultos estudiados, pero en sólo cerca del 3% de 321 niños.

En septiembre de 1965 *Roberts* y *Fox*⁴ publican un caso en un paciente de 17 años de edad.

En abril de 1966, *Thompson* y *Nolan* reportaron un caso de miocarditis con disociación A-V y síndrome de Adams Stokes, en una niña de nueve años, que al undécimo día de su evolución pre-

(*) Residente de Pediatría en el Hospital Infantil "William Soler", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

(**) Pediatra en el Hospital Infantil "William Soler", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

(***) Instructor de Pediatría en el Hospital Infantil "William Soler", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

(****) Virólogo del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Ave. de Menocal y Crucero, Habana, Cuba.

sentó parotiditis. Inmunológicamente, se comprobó el diagnóstico.

El cambio electrocardiográfico más frecuente encontrado afecta el complejo ventricular con depresión del segmento ST y aplanamiento o inversión de la onda T.

Las formas ligeras de afectación miocárdica pueden ser más frecuentes de lo que se cree, ya que en examen electrocardiográfico de pacientes con parotiditis se encuentran aproximadamente en el 13% de los adultos.²

La toma cardíaca en el curso de la parotiditis no aparece señalada en: "Complicaciones de las enfermedades infecciosas más frecuentes en nuestro medio", publicado por el Cuerpo Médico del Hospital Anti-Infeccioso de la Habana, "Las Animas", en 1965.

En el Índice Bibliográfico Pediátrico Cubano de los años 1920-1954 no aparece reportado ningún caso en que se haya confirmado o sospechado esta complicación.

PRESENTACION DEL CASO

H.C. No. 204906, Paciente: A.V.L., de cuatro años de edad, masculino, mestizo y vecino del Vedado, Habana.

Fecha de ingreso: 13-8-1967.

M.L.: Dificultad respiratoria.

H.E.A.: Refiere la madre que en el día de su ingreso en horas de la mañana el niño "perdió el conocimiento" por lo que vió un facultativo que le indicó Gammaglobulina y Tetraciclina y le practicó estudio radiológico de tórax donde sólo se apreciaba reforzamiento hilar.

En horas de la tarde se presenta dificultad respiratoria por lo que es llevado al Cuerpo de Guardia del Hospital y es ingresado.

A.P.F. Dieciséis días antes una hermana de dos años y medio ingresa en el Hospital por un cuadro de insuficiencia cardíaca y electrocardiográficamente se comprobó trazado típico de miocarditis, falleciendo a las pocas horas de su ingreso.

Una semana antes del ingreso de la hermana, el padre y otro hermano habían padecido parotiditis.

A.P.P.: No se recoge ningún dato de interés.

Examen físico: Peso: 20 kilogramos. Talla: 101 cms. Temperatura 36.5°C.

A.R.: Frecuencia respiratoria: 44/minuto. Tiraje subcostal. Estertores subcrepitantes en ambos campos pulmonares.

A.C.: Punta late en quinto espacio intercostal izquierdo. *Frecuencia:* 160/minuto; tonos apagados, ritmo de galope en punta. No soplos. Pulsos periféricos palpables. *Tensión arterial:* Máxima: 90, Mínima: 60.

Hígado rebasa 4 cms. el reborde costal derecho y es doloroso a la palpación.

El resto del examen físico carece de importancia.

Evolución: El niño es tratado a su ingreso con digitálicos, diuréticos y oxigenoterapia, mejorando su estado general, la frecuencia cardíaca disminuye, los tonos cardíacos mejoran y disminuye la hepatomegalia, manteniéndose ritmo de galope durante cinco días. Se mantiene apirético los primeros nueve días de su evolución, pero al décimo día se presenta fiebre de 38°C y al oncenavo día aparece aumento de volumen acompañado de dolor en región parotídea izquierda y al día siguiente del lado derecho. Se mantiene con temperatura que oscila entre 37.2 y 38.5°C durante tres días, y al cuarto día la fiebre desaparece; al quinto día desaparece tam-

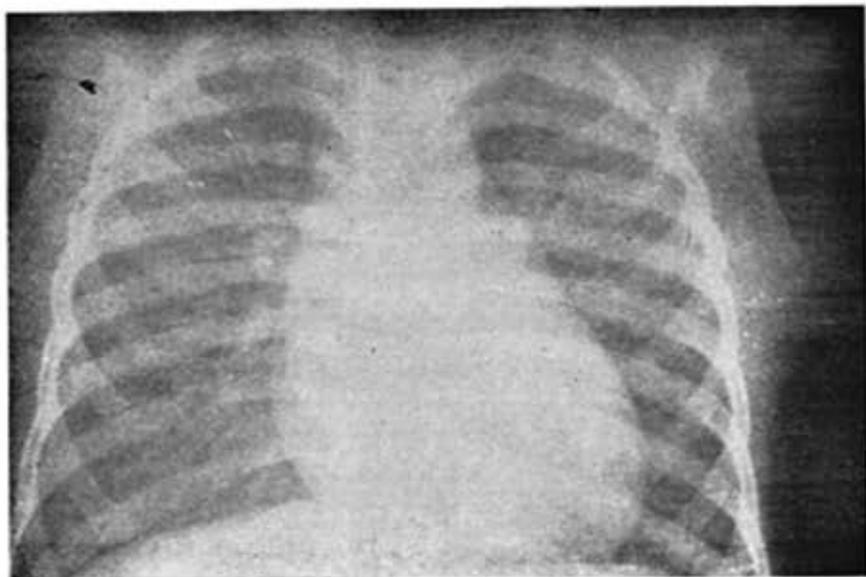


Fig. 1.—Cardiomegalia ligera con signos de congestión pulmonar.

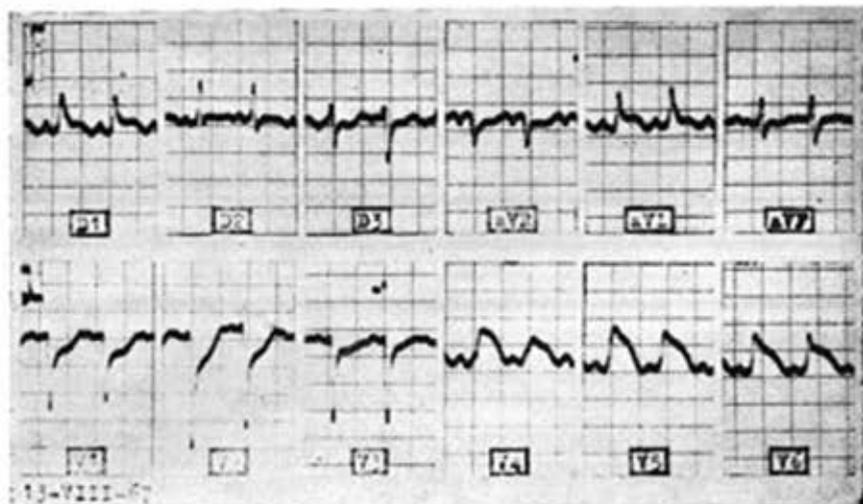


Fig. 2.—Trazo electrocardiográfico obtenido al ingreso del paciente donde se constata: taquicardia sinusal, bajo voltaje y fuertes corrientes de lesión con marcado desplazamiento positivo del segmento ST en las derivaciones D1, V1, V4, V5, y V6.

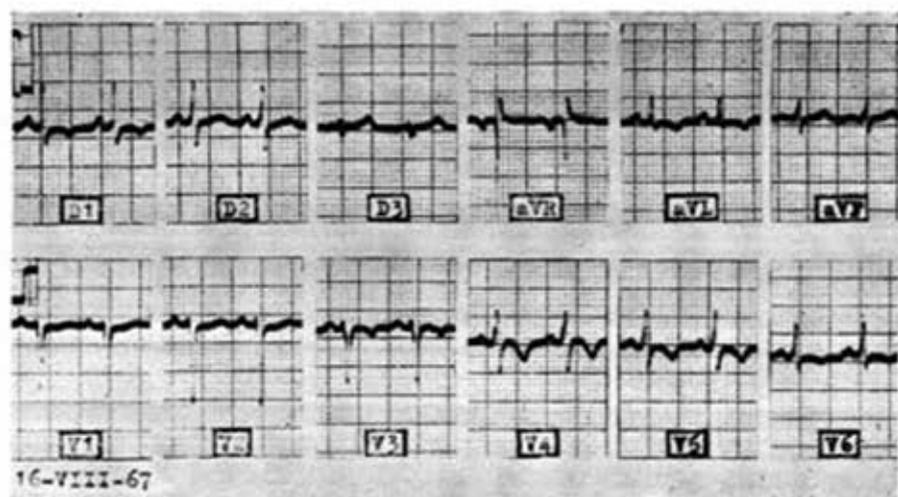


Fig. 3.—En este electro el ST ha regresado a la línea isoelectrica y la onda T se ha negativizado en las derivaciones señaladas.

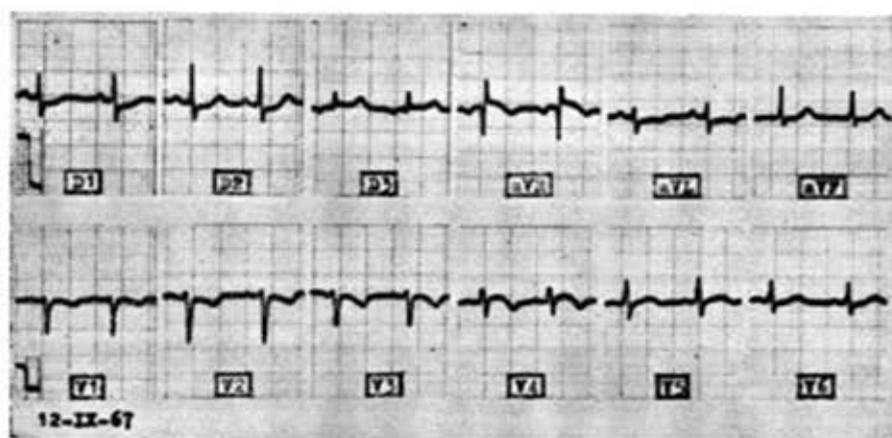


Fig. 4.—Al alta se observa notable mejoría del trastorno de la repolarización señalado en los trazos anteriores.

bién el aumento de volumen y el dolor de las regiones parotídeas. Sigue una evolución favorable y es dado de alta asintomático a los veintiséis días de su ingreso.

Es de señalar que conjuntamente con el paciente presentan parotiditis la mamá y el otro hermano+.

Exámenes complementarios:

Rayos X de tórax: (13-8-67): (Ver figura No. 1).

Electrocardiogramas: (13-8-67), 16-3-67 y 12-9-67): Ver Figs. Nos. 2, 3 y 4.

Hemograma: (13-8-67): Hb.: 12.3 gramos, Hto.: 40 vol. %. Leucocitos: 9,000 x mm³. Conteo diferencial: Polimorfonucleares neutrófilos: 79%, Monocitos. 1% y Linfocitos: 20%.

Eritrosedimentación: 10 mm.

Ionograma: (13-8-67): Dentro de límites normales.

ESTUDIO VIROLOGICO

A.V.L. (Paciente)

Material recibido: Heces fecales, exudado faríngeo y sueros pareados.

Aislamiento de virus en cultivo de tejido y ratones lactantes: No se obtienen aislamientos virales.

Examen serológico:

Investigación de aumento de anticuerpos a virus Coxsackie B1, B3, B5, B6.

Resultado: No se demuestran anticuerpos a virus Coxsackie B1, B3, B5, B6.

Investigación de aumento de anticuerpos al virus de la parotiditis.

Resultado: Primer suero: 1:20, Segundo suero: 1:80.

A.L. (Tía del paciente)

Material recibido: Exudado faríngeo, heces fecales y sueros pareados.

Aislamiento de virus en cultivo de tejido y ratones lactantes: No se obtiene aislamientos de agentes virales.

Examen serológico:

Con antígeno de parotiditis: Se demuestran anticuerpos IH en título de 1:20 en ambos sueros.

Con antígenos de Coxsackie: B1, B3, B5 y B6: No se demuestran anticuerpos en ninguno de los sueros.

A.V.L. (Hermana del paciente)

Investigación de anticuerpos en sueros a:

Parotiditis: 1:320.

Coxsackie B1, B3, B5 y B6: Presenta anticuerpos al B3 en título: + 1:10.

J.V.L. (Hermano del paciente)

Investigación de anticuerpo a:

Parotiditis: 1:160

Coxsackie B1, B3, B5 y B6. Presenta anticuerpos al B3 y B5 en título: + 1:10.

El resto de los exámenes complementarios realizados carecen de valor.

DISCUSION DEL CASO

Los hallazgos clínicos sugieren miocarditis por paperas por haberse presentado en este paciente la miocarditis, clínica y electrocardiográficamente, once días antes de hacer su aparición la parotiditis.

El genio epidémico familiar es otro dato a favor de esta posibilidad.

La similitud de nuestro caso con algunos reportados en la literatura, particularmente con el caso publicado por Bland en 1949 y el caso de Thomson y Nolan,⁷ que al undécimo día de su miocarditis se presentó parotiditis, al igual que en nuestro paciente.

El hecho de haber encontrado anticuerpos a virus Coxsackie B, que frecuentemente producen miocarditis, en los hermanos del paciente y en éste no, descarta la posibilidad de que estos agentes estén jugando papel en la etiología de la miocarditis.

Presumimos que este paciente haya padecido una miocarditis urliana, cosa que no podemos afirmar categóricamente, porque no se hizo un estudio exhaustivo de otros virus, pero si se ha descartado por los Coxsackie B1, B3, B5 y B6, que son los que más frecuentemente producen este cuadro en nuestro medio.

RESUMEN

Se hace una revisión de la literatura de las miocarditis producidas por el virus de la parotiditis.

Se presenta un caso de un niño de cuatro años de edad que hizo una miocarditis y a los once días de evolución desarrolló una parotiditis.

Se presenta estudio virológico del paciente y su medio familiar, en el que se demuestra elevación de anticuerpos a virus de las paperas, no encontrándose

anticuerpos a los demás virus estudiados en el paciente, aunque aparecen anticuerpos a otros virus en sus hermanos.

SUMMARY

A review of the literature on myocarditis caused by the parotiditis virus has been made. A case of a 4 year' old child who presented with the myocarditis and after 11 days developed parotiditis, has been presented. A virological study of the patient and his familiar environment has been presented which showed elevated mumps virus antibody titers, antibodies against other virus investigated in the patient not having been found although in his siblings antibodies against viruses other than mumps were found.

RESUME

On y fait une révision de la littérature sur la myocardite causée par le virus de la parotidite. On y présente le cas d'un garçon qui avait présenté une myocardite et chez lequel après 11 jours d'évolution de celle-ci un parotidite est survenu. On y présente l'étude virologique du malade et son milieu familial lequel montre une élévation du titre d'anticorps contre le virus des oreillons et que l'on n'a pas trouvé d'anticorps contre les autres virus recherchés chez le malade quoiqu'il ait apparu des anticorps contre d'autres virus chez le frère et la soeur du malade étudié.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Broustet, P., et. al.: "Observation anatomoclinique d'une myocardite ourlienne chez un homme de 34 ans", Arch. Mal. Cou, Vais, 12: 1457-1473, Dec. 1964.
- 2.—McNair Scott, T. F.: En el "Tratado de Pediatría" de Nelson, Tomo I: pp. 648-653, Edic. Revolucionaria, La Habana, 1966.
- 3.—MINSAP: (Hospital Anti-Infeccioso de la Habana. "Las Animas". "Complicaciones de las enfermedades infecciosas más frecuentes en nuestro medio", pp. 27-28, La Habana, 1965.
- 4.—Leonidas, J. C., et. al.: "Mumps of the heart: Case report", J. Pediatrics 68: 650-653, 1966.
- 5.—"Review": Mumps of the heart, Brit. Med. J. 2: 187-188, Jan. 22, 1966.
- 6.—Roberts, W. C., Fox, III S. M.: "Mumps of the heart, Clinical and Pathology Features", Circulation 32: 342-345, 1965.
- 7.—Thompson, W. M., and Nolan, T. B.: "Atrioventricular dissociation associated with Adams-Stokes Syndrome presumably due to mumps myocarditis", J. Pediatrics 68: 601-607, 1966.