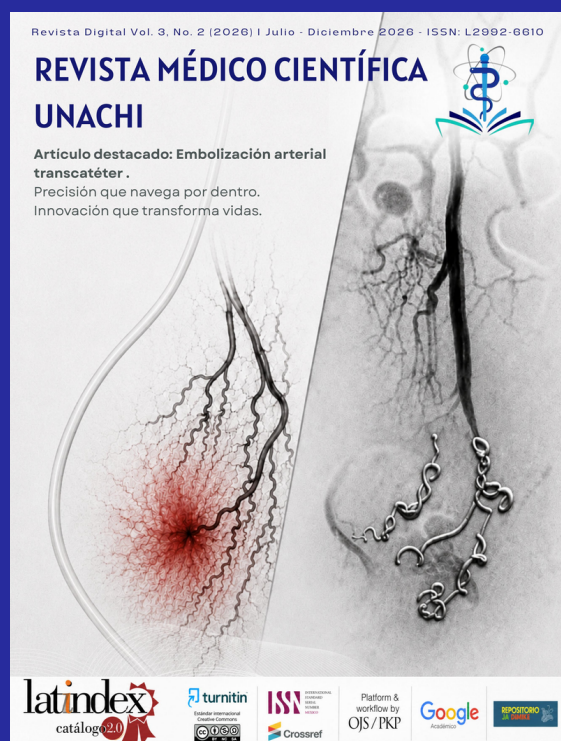


REVISTA MÉDICO CIENTÍFICA UNACHI



Conectamos con el mundo científico

República de Panamá
Universidad Autónoma
de Chiriquí (UNACHI)
Facultad de Medicina
revista.medicocientifica@unachi.ac.pa



MIOPERICARDITIS POR DENGUE: REPORTE DE CASO

Dengue myopericarditis: a case report

DOI: 10.59722/rmcu.v3i2.1003

Miguel Angel Valdés Camaño
Centro Médico Mae Lewis
Servicio de Cardiología
Panamá
cowboy0985@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9497-3580>

ISSN: L2992-6610

Páginas: 84-90

<https://revistas.unachi.ac.pa/index.php/medicocientifica/index>





REPORTE DE CASO

Miopericarditis por dengue: reporte de caso

Dengue myopericarditis: a case report

Autor: Valdés Camaño, Miguel Angel ¹ 

Centro Médico Mae Lewis, David, Panamá¹

Recibido 7 de agosto 2025; aceptado 4 de enero 2026

Disponible en internet el 31 de julio 2026

PALABRAS CLAVES:

dengue, miocarditis, pericarditis.

KEYWORDS: *dengue, miocarditis, pericarditis.*

RESUMEN

Las complicaciones cardíacas en el dengue son infrecuentes, pero pueden ser graves y en algunos casos mortales, entre las cuales se encuentran la pericarditis, la miocarditis o una combinación de ambas, que forman parte del espectro del síndrome inflamatorio miopericárdico. Presento un caso de miopericarditis por dengue.

ABSTRACT

Cardiac complications in dengue are infrequent but can be serious and sometimes fatal. These complications include pericarditis, myocarditis, or a combination of both, as part of the spectrum of myocardial inflammatory syndrome. A case of dengue myopericarditis is presented.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de complicaciones cardiovasculares en el dengue varía de acuerdo con las fuentes bibliográficas consultadas y de acuerdo con el área geográfica, pero en términos generales son raras ^{1,2,3}. Incluyen arritmias (disfunción del nodo sinusal, bloqueos auriculoventriculares, ectopia ventricular), pericarditis, miocarditis, miopericarditis (predominantemente pericarditis)^{4,5}, perimiocarditis (predominantemente miocarditis)^{4,5} e inclusive infarto agudo de miocardio (IAM)^{1,6,7,8}.

De acuerdo con las guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control del dengue de la Organización Mundial de la Salud, la acumulación clínica de líquido dentro de la cual se encuentra el derrame pericárdico se cataloga como un criterio de dengue con signos de alarma, y la afectación cardíaca es un criterio de dengue grave ^{9,10}.

Dentro de las complicaciones cardiovasculares del dengue, la pericarditis (2.9%) y la miocarditis (0.1%) son extremadamente

*Autor para correspondencia: Valdés Camaño, Miguel Angel

Correo electrónico: cowboy0985@gmail.com

Autor niega conflictos de interés y financiamiento.

DOI: 10.59722/rmcu.v3i2.1003



raras^{11,12}, pero involucran un riesgo mayor de complicaciones graves y potencialmente mortales, en el caso de la pericarditis con taponamiento cardíaco y el consiguiente choque obstructivo, y en el caso de la miocarditis con falla cardíaca aguda, edema agudo de pulmón, choque cardiogénico, bloqueos auriculoventriculares y arritmias ventriculares malignas.

Deben sospecharse complicaciones cardiovasculares en pacientes con alteraciones electrocardiográficas, síntomas y/o signos de falla cardíaca, en pacientes con hipotensión y disnea sin evidencia de hipovolemia^{6,12}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 58 años con diagnóstico de hipertensión arterial admitida al servicio de Medicina Interna debido a cuadro febril, cefalea y dolor retroocular que mejoró con antipiréticos. Posteriormente, cursó con recidiva del cuadro clínico, asociado a delirium.

Exámenes complementarios

En los laboratorios de ingreso el nivel de hemoglobina (14.8 g/dL), el conteo de glóbulos blancos ($8.04 \times 10^3/\text{mL}$), y de plaquetas ($360 \times 10^3/\text{mL}$), así como las pruebas de función renal y los electrolitos fueron normales. La serología por Inmunoglobulina G y M para dengue fue positivas. Presentó alteración de los biomarcadores cardíacos con niveles de creatina kinasa-MB (CKMB) > 80 mg/ml (valor normal: 0.0-4.3 ng/ml), troponina I: 1.25 ng/ml (valor normal: 0.0-0.4 ng/ml) y ligera elevación en los niveles de péptido natriurético cerebral (BNP): 175 pg/ml (valor normal: 0.0-100 ng/ml). El ecocardiograma transtorácico (ETT) inicial consignó una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) de 60%, sin anomalías en el engrosamiento segmentario, aunque fue limitado debido a la poca colaboración de la paciente.

Fue manejada como IAM sin elevación del segmento ST secundaria al dengue, y fue egresada de manera satisfactoria al quinto día tras el ingreso con tratamiento médico con perindopril, amlodipina,

ácido acetilsalicílico, ranolazina y simvastatina.

Seguimiento

Fue evaluada por Cardiología 1 mes luego del egreso hospitalario, sólo tomando el perindopril y refiriendo fatiga. Los signos vitales fueron normales y el examen físico cardiopulmonar fue anodino. El electrocardiograma (ECG) mostró ritmo sinusal a 85 latidos por minuto, trastorno de repolarización anteroseptal y bajo voltaje en las derivadas del plano frontal (DI, DII, DIII, aVR, aVL y aVF) (figura 1).

El ETT realizado dos meses tras el egreso hospitalario mostró derrame pericárdico circunferencial moderado, con las siguientes dimensiones: posterior: 8 mm, lateral izquierdo: 11 mm, anterior/lateral derecho: 5 mm; las medidas fueron tomadas en telediástole, definida como el primer cuadro luego del cierre de la válvula mitral. La variabilidad respirofásica transmitral fue de 8.4% (normal: menor de 25%⁵) y la variabilidad respirofásica transtricuspidéa fue de 10.2% (normal: menor de 40%⁵), datos indicativos de ausencia de compromiso hemodinámico atribuible al derrame pericárdico. La FEVI fue de 70%, normal y la deformación longitudinal global del ventrículo izquierdo (SLGVI) fue de -21.0%, normal, aunque con reducción localizada a nivel anteroseptal (figura 2).

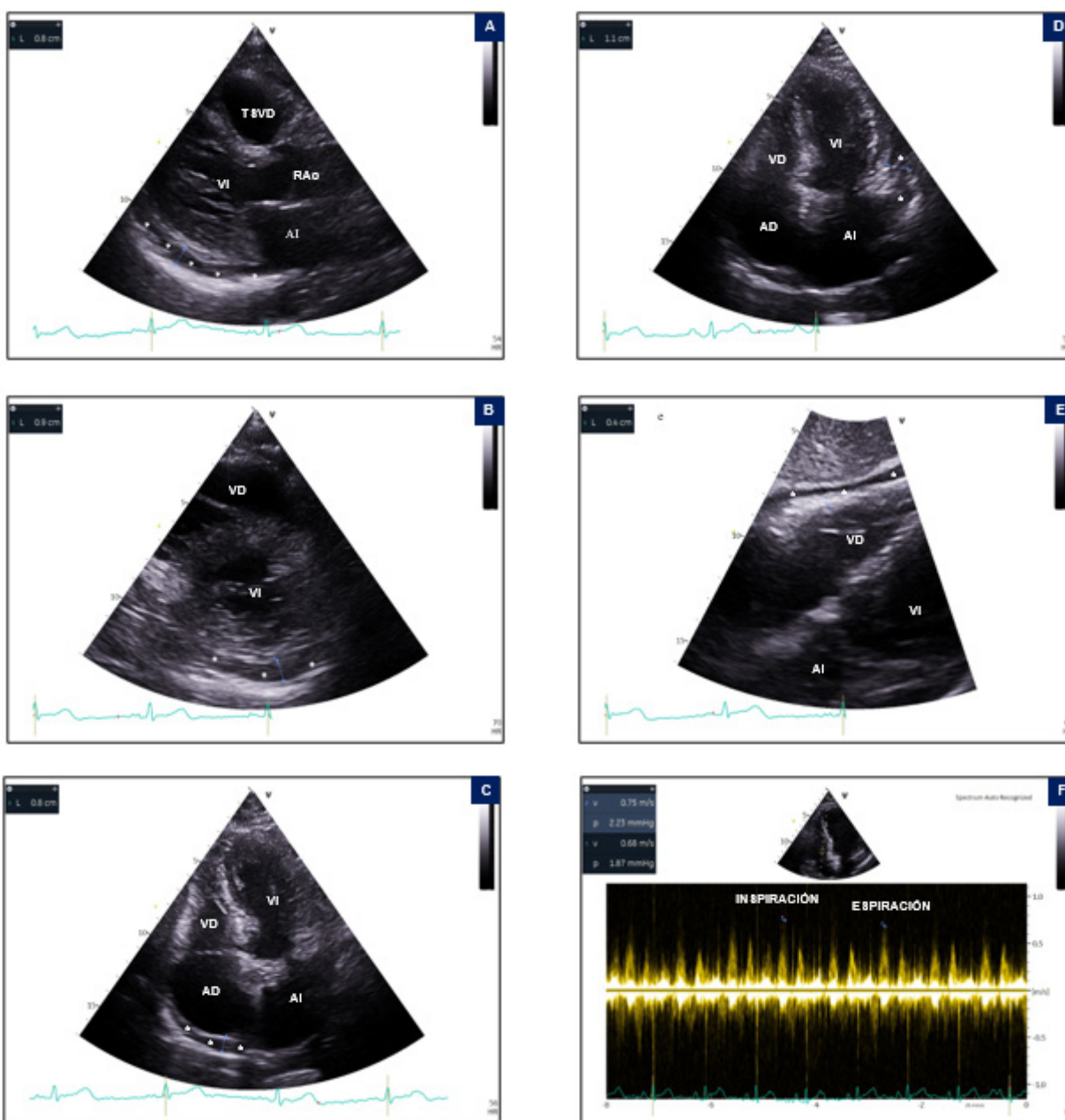
Respondió de manera satisfactoria con dosis altas de ácido acetilsalicílico (700 mg vo cada 8 horas durante 1 semana, con decalaje a 700 mg vo cada 12 horas la segunda semana y 700 mg vo cada día la tercera semana)⁵ y colchicina a dosis de 0.5 mg vo cada día durante 3 meses, dosis ajustada al peso de la paciente (menor de 70 kg, en este caso el peso de la paciente era de 65 kg)⁵.

La angiotomografía coronaria mostró una puntuación de calcio coronario de cero (0), sin placas ateroscleróticas en las arterias coronarias epicárdicas (figura 3) y sin evidencia de derrame pericárdico residual ni calcificaciones pericárdicas por lo que se suspendió el ácido acetilsalicílico luego de la tercera semana. Se concluye miopericarditis por dengue (predominantemente pericarditis, con



Figura 1. Electrocardiograma. Bajo voltaje en las derivadas DI, DII, DIII, aVR, aVL y aVF (asteriscos).

Fuente: Registro electrocardiográfico del paciente.



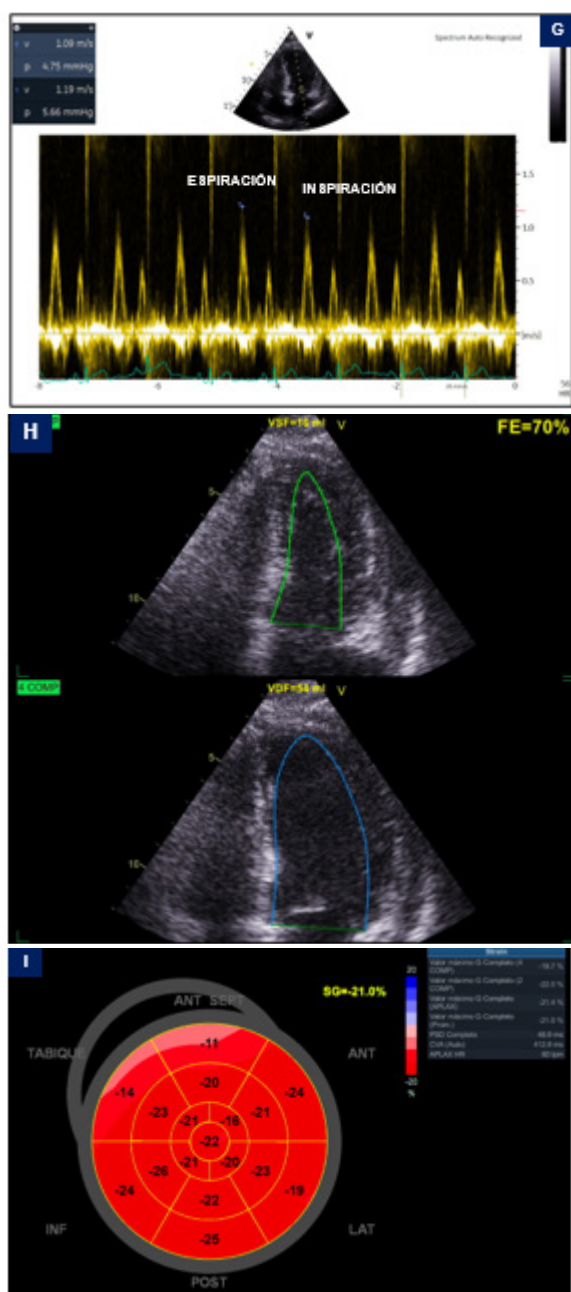


Figura 2. ETT. A-E: aproximaciones paraesternales de eje largo (A) y de eje corto (B) del ventrículo izquierdo, aproximaciones apicales de 4 cámaras del ventrículo izquierdo (C y D) y subcostal (E), donde se aprecia el derrame pericárdico (*). F y G: Doppler pulsado transtricuspídeo (F) y transmitral (G); el cálculo de la variabilidad respiratoria es el siguiente (espiración-inspiración) /espiración. H: FEVI. I: SLGVI. (VI: ventrículo izquierdo, AI: aurícula izquierda, VD: ventrículo derecho, AD: aurícula derecha, TSVD: tracto de salida del ventrículo derecho, RAo: raíz aórtica.).

Fuente: Elaboración propia del autor.

componente de miocarditis debido a la elevación inicial de la troponina I), descartándose IAM de tipo 1. Su evolución clínica ha sido satisfactoria.

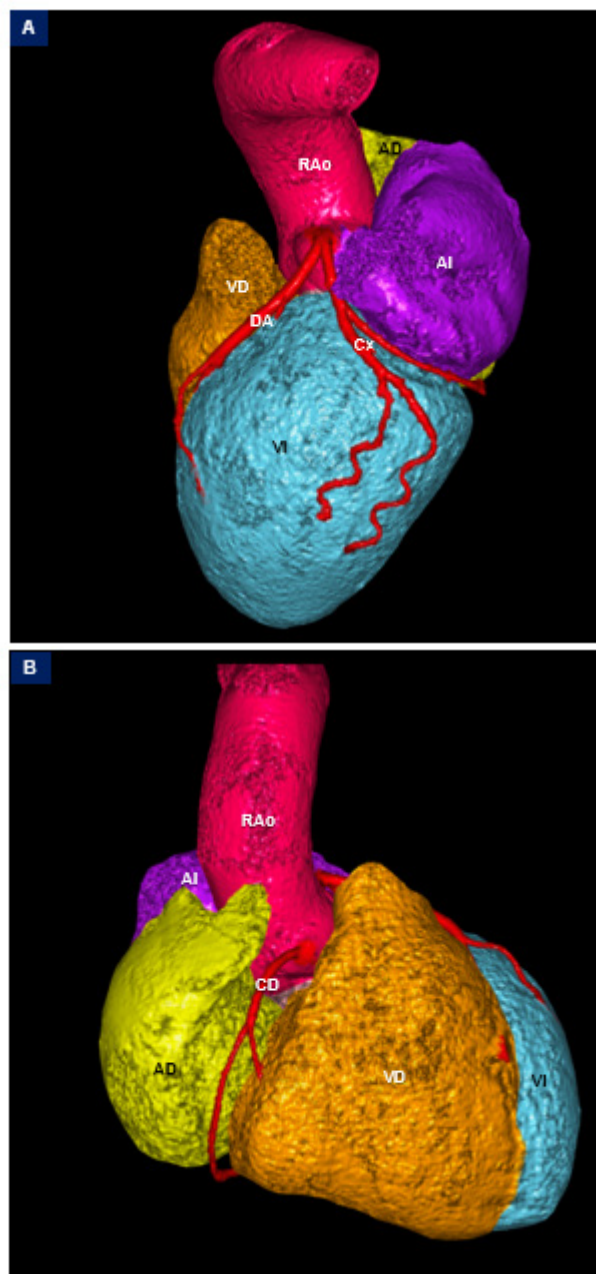


Figura 3. Angiotomografía coronaria, reconstrucciones volumétricas. A: arteria descendente anterior (DA) y circunfleja (Cx). B: arteria coronaria derecha (CD) VI: ventrículo izquierdo, AI: aurícula izquierda, VD: ventrículo derecho, AD: aurícula derecha, RAo: raíz aórtica.

Fuente: Elaboración propia del autor.



DISCUSIÓN

Las manifestaciones cardíacas del dengue son infrecuentes, aunque comunes en los casos graves^{10,11}. En este caso al presentar compromiso miocárdico por elevación de troponina cumplió criterios de dengue grave^{9,10}. De acuerdo a las directrices de imagen cardiovascular multimodal de los pacientes con enfermedad pericárdica de la Sociedad Americana de Ecocardiografía de 2013 y las recién publicadas por el Colegio Americano de Cardiología en 2025, a pesar del discreto compromiso miocárdico (evidenciado por una FEVI y un SLGVI normal), el predominio de afección pericárdica inclusive con derrame pericárdico permite establecer el diagnóstico de miopericarditis y no de perimiocarditis^{4,5}.

Se han descrito algunos casos de miopericarditis en la literatura. Giri y colaboradores presentaron el caso de un masculino de 65 años, con cuadro febril y antígeno NS1 de dengue positivo, biometría hemática con leucopenia, linfocitosis y trombocitopenia ($70 \times 10^3/\text{mL}$), sintomatología cardíaca de palpitaciones, disnea en reposo y signos de insuficiencia cardíaca, elevación de la CKMB, la troponina I y el NT-proBNP en quien el ETT mostró una FEVI de 30% y derrame pericárdico moderado; fue manejado con inotrópicos, monitorización de los fluidos intravenosos, diuréticos, esteroides y colchicina, con resolución del derrame pericárdico en el ETT de seguimiento¹³. Ramanathan y colaboradores describieron el caso de una femenina de 33 años, con choque cardiogénico demostrado con ETT evidenciando FEVI de 20% y derrame pericárdico moderado sin datos de taponamiento cardíaco, asociado a leucopenia, linfopenia y trombocitopenia ($89 \times 10^3/\text{mL}$), en quien la serología por dengue resultó positiva. La resonancia magnética cardíaca (RMC), además de corroborar los hallazgos ecocardiográficos, mostró reforzamiento tardío con gadolinio a nivel subepicárdico, confirmando el componente de miocarditis. Requirió inotrópicos y ventilación mecánica no invasiva, con evolución clínica satisfactoria, mejoría de la FEVI a 65% y resolución del derrame pericárdico en el ETT de control¹⁴.

En este caso, a diferencia de los señalados por Giri y Ramanathan, el conteo plaquetario fue normal. En comparación con los casos antes descritos, en el caso actual la FEVI fue normal (si bien con una disminución localizada de la deformación longitudinal a nivel anteroseptal, donde también se observaron trastornos en la repolarización en el ECG); de hecho, de acuerdo con la definición actual de miopericarditis y perimiocarditis^{4,5}, los casos descritos por Giri y Ramanathan, a pesar de ser presentados como miopericarditis en realidad corresponden a perimiocarditis dado el mayor compromiso miocárdico evidenciado por insuficiencia cardíaca aguda/choque cardiogénico asociado a disfunción sistólica grave del ventrículo izquierdo. En ninguno de los pacientes descritos, incluyendo éste, hubo evidencia de taponamiento cardíaco ni se requirió pericardiocentesis, y en todos los casos, incluyendo el actual, el derrame pericárdico resolvió en el ETT de seguimiento. En cuanto al manejo instaurado en este caso a diferencia de los descritos por Giri y Ramanathan no se requirió soporte inotrópico, consistente con una FEVI normal, y de manera similar al caso de Giri, se utilizó colchicina; en el caso de Giri se utilizaron esteroides, no utilizados en el caso actual debido al aumento en el riesgo de recurrencia¹⁵. En el caso de Ramanathan se demostró el componente de miocarditis con el reforzamiento tardío con gadolinio a nivel subepicárdico en la RMC, misma que no pudo ser realizada en el caso actual debido al antecedente de claustrofobia de la paciente; no obstante, si bien uno de los diagnósticos diferenciales es el infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas (MINOCA, por sus siglas en inglés, cuyo diagnóstico se establecería con la RMC), la presencia de derrame pericárdico y la discreta elevación de la troponina asociada a función ventricular izquierda normal permite establecer el diagnóstico de miopericarditis por dengue y descartar el MINOCA. En todos los casos, incluyendo el actual, la evolución clínica fue satisfactoria.

CONCLUSIONES

La miopericarditis es una complicación rara del dengue. Se debe sospechar en pacientes con clínica de insuficiencia cardíaca, cambios electrocardiográficos y/o persistencia del estado de choque a pesar de no presentar datos de hipovolemia o tercer espacio.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES:

Miguel Angel Valdés Camaño
Centro Médico Mae Lewis
Servicio de Cardiología
Panamá
cowboy0985@gmail.com
ORCID: 0000-0001-9497-3580

BIBLIOGRAFÍA

1. Khan AA, Khan FU, Akhtar SA, Ghaffar R. Dengue beyond fever-fatal dengue myocarditis and complete heart block: a case report and brief overview of cardiac manifestations of dengue fever. *SAGE Open Med Case Rep*. 2023;11. DOI: 10.1177/2050313X231193983
2. Shah AB, Parmar YJ, Mangla A, Lasic Z, Coplan N. Dengue fever as a cause of perimyocarditis and low-pressure cardiac tamponade. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2018;31(4):487-489. DOI: 10.1080/08998280.2018.1482519
3. Tayeb B, Piot C, Roubille F. Acute pericarditis after dengue fever. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2011;60(4):240-242. DOI: 10.1016/j.ancard.2011.05.008
4. Klein AL, Abbara S, Agler DA, Appleton CP, Asher CR, Hoit B, et al. American Society of Echocardiography clinical recommendations for multimodality cardiovascular imaging of patients with pericardial disease: endorsed by the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance and Society of Cardiovascular Computed Tomography. *J Am Soc Echocardiogr*. 2013;26(9):965-1012.e15. DOI: 10.1016/j.echo.2013.06.023
5. Wang TKM, Klein AL, Cremer PC, Imazio M, Kohnstamm S, Luis SA, et al. 2025 concise clinical guidance: an ACC expert consensus statement on the diagnosis and management of pericarditis: a report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol*. 2025;86(25):2691-2719. DOI: 10.1016/j.jacc.2025.05.023
6. Cristodulo R, Luoma-Overstreet G, Leite F, Vaca M, Navia M, Durán G, et al. Dengue myocarditis: a case report and major review. *Glob Heart*. 2023;18(1):41. DOI: 10.5334/gh.1254
7. Echazarreta DF. Dengue: ¿impacto cardiovascular subestimado? *Rev Fed Arg Cardiol*. 2024;53(2):57-60.
8. Martin YRBS, Silva KGS, Dias ALS, Soares BGA, Julio BS, Cuba JAS, et al. Cardiovascular complications associated with dengue virus infection. *Braz J Health Rev [Internet]*. 2024;7(9):e75044. DOI: 10.34119/bjhrv7n9-219
9. World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. New ed. Geneva: World Health Organization; 2009.
10. Panamá. Ministerio de Salud. Guías para el abordaje integral del dengue en Panamá, 2014. 2.ª ed. Panamá: Ministerio de Salud; 2014.
11. Parepalli A, Saboo K, Acharya S, Kota V, Nelakuditi M. Dengue hemorrhagic fever presenting with pericardial effusion and cardiac tamponade: a case report. *Cureus*. 2025;17(1):e76836. DOI: 10.7759/cureus.76836
12. Ullah A, Khan S, Ahmad A, Irfan M, Majeed I. Perimyocarditis: an unusual manifestation of dengue virus infection. *Cureus*. 2023;15(4):e37093. DOI: 10.7759/cureus.37093
13. Giri A, Acharya S, Kamat S, Shukla S, Kumar S. Myopericarditis: a catastrophic complication of dengue fever. *J Family Med Prim Care*. 2022;11(10):6553-6555. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_345_22
14. Ramanathan K, Teo L, Raymond WC,



MacLaren G. Dengue myopericarditis mimicking acute myocardial infarction Circulation. 2015;131(23):e519-e522. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.015093

15. Imazio M, Demichelis B, Parrini I, Cecchi E, Pomari F, Demarie D, Gaschino G, Ghisio A, Belli R, Trincherio R. Recurrent pain without objective evidence of disease in patients with previous idiopathic or viral acute pericarditis. Am J Cardiol. 2004;94(7):973-975. DOI: 10.1016/j.amjcard.2004.06.046