



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

262/347 - ¡ME AHOGO, DOCTOR/A!

I. Riera Carlos^a, M. de la Torre de Dios^b, C. Pérez Vázquez^b, E. de Dios Rodríguez^c, A. de Dios Vicente^d y V. Berdión Marcos^e

^aMédico Residente. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. ^dMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. ^eEnfermera. Centro de Salud Aldeadávila de la Ribera. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años, hipertensa y dislipémica, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Como antecedentes destaca un carcinoma ductal de mama recidivante en 1997 y 1998 (actualmente libre de enfermedad), una beta-talasemia, fibromialgia y glaucoma. Su tratamiento médico incluye duloxetine 60 mg, amitriptilina 25/medazepam 10, alprazolam 0,5 mg, ciclobenzaprina 10 mg, esomeprazol 40 mg y timolol oftálmico. La paciente consulta por disnea progresiva de 7 días de evolución, que en el momento de la consulta ya es a mínimos esfuerzos, junto a tos seca y molestia centrotorácica que mejoraba al flexionar el tronco hacia delante. Niega ortopnea, DPN, edema MMII y oliguria. No refiere fiebre, así como tampoco clínica catarral reciente.

Exploración y pruebas complementarias: SaO₂ 90%, FC 107 lpm, cifras tensionales 146/90, y temperatura de 37,2 °C. A la exploración la paciente estaba consciente y orientada. Normocoloreada y normohidratada. Eupneica. Destacaba discreta ingurgitación yugular y en la auscultación cardíaca tonos regulares, taquicárdicos, sin soplos y con un tercer ruido. La auscultación pulmonar era normal, así como el resto de la exploración por sistemas. ECG: taquicardia sinusal a 105 lpm con eje QRS a -15°. PR normal. QRS estrechos con voltajes disminuidos en precordiales y T negativa en DI y aVL. Radiografía de tórax: cardiomegalia.

Juicio clínico: Sospecha de pericarditis con derrame pericárdico.

Diagnóstico diferencial: Debemos establecerlo con otras causas de disnea aguda: crisis asmática, exacerbación de EPOC, neumonía, tromboembolia pulmonar, cardiopatía isquémica, descompensación ICC (edema agudo de pulmón), pericarditis de causa vírica e idiopática, neumotórax, disnea psicógena.

Comentario final: La disnea es difícil de cuantificar, dado la subjetividad del síntoma. Por eso ante una disnea lo primero es realizar una valoración de la gravedad y de la estabilidad hemodinámica del paciente. En atención primaria nuestros recursos son limitados, pero con una anamnesis y exploración física completas, ayudados de un ECG y una radiografía, pudimos sospechar un derrame pericárdico, que inmediatamente derivamos a urgencias hospitalarias, donde se confirmó el diagnóstico de derrame pericárdico grave mediante un ecocardiograma.

Bibliografía

1. Irizar Aramburu MI, Martínez Eizaguirre JM. Disnea aguda. Fistera, 2016.
2. RESIMECUM. Ediciones SEMERGEN. 2015.