



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 duloxetina 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 psicogena.

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, dónde se confirmó el diagnóstico de derrame pericárdico grave mediante un ecocardiograma.

Bibliografía

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