



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

423/10 - NUNCA DESCARTES UNA PERICARDITIS

J. Monllor Méndez¹, C. Díaz Parreño Quintanar², P. Ramos Panadero³, M. Paños Martínez⁴, B. Lería Sánchez⁴, M. Jiménez Ganado², C. Contreras⁵, D. Rodríguez Bobada⁶, M. Espinosa Monroy⁷, A. del Canto Pérez⁸

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Villarta de San Juan. Ciudad Real, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Mancha Centro de Alcázar de San Juan. Ciudad Real, ³Medicina Familiar y Comunitaria de Urgencias. Hospital La Mancha Centro de Alcázar de San Juan. Ciudad Real, ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Villarta de San Juan. Ciudad Real, ⁵Médico residente de Endocrinología. Hospital la Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad real, ⁶Residente de Digestivo en Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, ⁷Residente de Medicina Interna en Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real, ⁸Residente de Rehabilitación en Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad real.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años que acude al Servicio de Urgencias por disnea desde una semana, que se ha ido haciendo progresiva. Niega ortopnea, edema, ni recorte de diuresis. Niega dolor torácico, salvo el día de hoy, con sensación de palpitaciones. Refiere sensación distérmica no termometrada a domicilio junto expectoración blanquecina en los últimos días. Rehistoriando al paciente, refiere que sí que ha tenido dolor torácico los días previos que el mismo trató con analgésicos a demanda, cediendo parcialmente el dolor. Antecedentes personales de interés: NRAMC, HTA, no DM, no DL. Obeso. Fumador y bebedor social. Tratamiento: losartán 100 mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales: TA: 142/78 mmHg. Sat O₂ basal 98%. FC: 167 lpm. Buen estado general. Colaborador y orientado en las tres esferas. Eupneico en reposo. Tolera decúbito. Auscultación cardiaca: ruidos cardíacos rítmicos taquicardicos sin soplos. Auscultación pulmonar: MVC. MII: pulsos periféricos conservados sin edema ni signos de TVP. Radiografía de tórax: proyección AP, poco inspirada y mala técnica. Impresiona de cardiomegalia sin claras condensaciones. Análisis Urgencias: Hb 12,9 leucocitos 16.200 (N 81%). Plaquetas 423.000. Función renal: creatinina 1,2, PCR 27. Marcadores cardíacos: Tp Ih 10. Pro BNP 2.517 (normal hasta 900 en 75a). EKG: taquicardia regular QRS estrecho a 165 lpm.

Juicio clínico: Se inicia tratamiento con adenosina 6 mg con intención diagnóstico/terapéutica. Se consigue un transitorio enlentecimiento de la FC donde además, pueden apreciarse unas ondas F (flutter auricular típico) en el trazado. Tras el cese de efecto de la adenosina recupera la TQSV de QRS estrecho con la que acudió. En ese momento, sospechando un flutter auricular se inicia tratamiento con dosis de carga de amiodarona 300 mg. Al no controlar frecuencia, se pasa a Observación con perfusión de amiodarona 900 mg 500 G5% a pasar a 21 ml/h. Tras 12 h de observación, se consigue ritmo sinusal a 85 lpm por lo que se deja en la observación para estudiar la causa de la descompensación auricular sospechando, en base al análisis de sangre, causa inflamatoria.

Diagnóstico diferencial: Se deja en observación con sospecha de debut de IC (pro BNP elevado) con taquiarritmia supraventricular secundaria a ésta, con Infección respiratoria como posible desencadenante de

este cuadro. Posteriormente, se le realizó ecocardiograma como prueba complementaria de segundo orden, para descartar cardiopatía estructural que pueda subyacer a esta taquiarritmia supraventricular. En primer lugar, se descarta disfunción sistólica VI, presentando moderada hipertrofia VI así como dilatación auricular ligera. Además, se objetiva como hallazgo incidental relevante, un derrame pericárdico moderado (15 ml aprox) sin compromiso hemodinámico. Por otro lado, el dolor torácico no anginoso enmascarado por los AINEs, junto al antecedente de infección respiratoria y el hallazgo de derrame pericárdico nos orienta a una posible pericarditis aguda como desencadenante del cuadro que lo lleva acudir a urgencias. Por tanto, lo que finalmente se diagnosticó fue: 1. Pericarditis aguda complicada. 2. Flutter paroxístico asociado 3. Cardiopatía hipertensiva.

Comentario final: Lo interesante de este caso, es que se sospechó IC por la disnea progresiva, la historia de HTA y el pro BNP elevado en el seno de una taquiarritmia supraventricular, todo ello descompensado por una infección respiratoria. Finalmente, rehistoriando al paciente, teniendo en cuenta los datos analíticos y los hallazgos ecocardiográficos, se modifica la presunción diagnóstica a una probable pericarditis aguda complicada desencadenada por una infección respiratoria y enmascarada por el uso de AINEs.

Bibliografía

Braunwald. E. Enfermedades del pericardio. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012; p. 1571-7.