



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

415/62 - CUANDO SE COMPLICA UNA PERICARDITIS AGUDA, ¡CORRE!

P. Pastor Solaz¹, E. Plaza Ortega¹, C. Plaza Ortega², E. Aparicio Castaño³

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca I. Cuenca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 35 años. Bebedor de 6 cervezas diarias y fumador de medio paquete día. Sin otros antecedentes de interés. Acude a Urgencias por dolor centrotorácico tipo opresivo, que aumenta con la respiración, irradiado al hombro derecho, fatiga y sensación disneaica.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta taquipnea e inestabilidad hemodinámica (tensión arterial: 98/63 mmHg), mantiene buenas saturaciones de oxígeno. Presenta IY a 45°. La AC es rítmica sin claro roce pericárdico. La AP normal. Presenta hepatomegalia ligeramente dolorosa de 2 traveses de dedos. No edemas en MMII. Se realiza un ECG que muestra ritmo sinusal a 78 lpm. BRDHH con alteraciones secundarias de la repolarización, con aplanamiento de onda T en V1-V2 y ST cóncavo. En la radiografía de tórax se objetiva gran cardiomegalia, no evidenciada en radiografías previas. Sin infiltrados. En analítica de sangre Hb 13,1g/dl, leucocitosis con desviación izquierda, reactantes de fase aguda ligeramente elevados (PCR:99 mg/L). Función renal, coagulación, enzimas cardiacas y NT-proBNP negativos. Se realizada ecocardiograma donde se objetiva derrame pericárdico severo que rodea a todo el corazón con separación máxima de 2 cm en el saco posterior y en la cara lateral del ventrículo izquierdo. Presenta regular expansión diastólica del ventrículo derecho, con pequeño colapso sistólico de la aurícula derecha. Se contacta con el Servicio de Cardiología y UCI, realizando pericardiocentesis evacuadora. Drenándose aproximadamente 500cc de contenido serohemático. Tras el procedimiento, presenta adecuada evolución clínica con mejoría hemodinámica y respiratoria. Mantiene tensiones arteriales adecuadas sin necesidad de soporte vasoactivo, permaneciendo en ritmo sinusal. Se encuentra eupneico, tolerando el decúbito con oxígeno a bajo flujo. Se inicia tratamiento con AINES (indometacina), colchicina, y levofloxacino. Además, se realiza estudio del líquido pericárdico (serologías y autoinmunidad) para descartar causas específicas de pericarditis, siendo solo positiva para IgM Chlamydia pneumoniae. La citología es negativa para células malignas.

Juicio clínico: Pericarditis aguda complicada con taponamiento cardíaco precisando pericardiocentesis evacuadora.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis. Infarto agudo de miocardio. Infección respiratoria.

Comentario final: El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias. La pericarditis aguda es la enfermedad más común del pericardio en la práctica clínica. Supone el 0,1% de todos los ingresos hospitalarios y hasta un 5% de aquellos por dolor torácico. La pericarditis suele presentar una etiología benigna y autolimitada. Son más frecuentes las idiopáticas e infecciosas que las secundarias a pericardiotomía quirúrgica y neoplasias. En los países en vías de desarrollo la tuberculosis es la causa más

importante. Los síntomas más comunes son el dolor torácico característico y la fiebre. Los objetivos del tratamiento son el alivio del dolor y la resolución de la inflamación. Ocasionalmente pueden aparecer complicaciones durante su evolución, como el derrame pericárdico severo y secundariamente el taponamiento cardiaco.

Bibliografía

Sagristà Sauleda J, Permanyer Miralda G, Soler Soler J. Orientación diagnóstica y manejo de los síndromes pericárdicos agudos. Rev Esp Cardiol. 2005;58:830-41.

Soler Soler J, Sagristà Sauleda J, Monge Rangel L. Electrocardiología de las pericarditis. Programa de Formación Continuada en Cardiología. Sociedad Española de Cardiología. Barcelona: Doyma, 1987; p. 268-73.

Palabras clave: Dolor torácico. Pericarditis aguda. Derrame pericárdico.