



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/151 - DERRAME PERICÁRDICO GRAVE EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

J. Morcillo Jiménez^a, R. Salmerón Latorre^b, A. Moreno Jiménez^c y N. Garrido Redondo^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar. Úbeda. Jaén.

^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar. Úbeda. Jaén.

^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar. Úbeda. Jaén.

^dMédico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar. Úbeda. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 90 años, viuda, diagnosticada de hipertensión arterial hace 22 años, enfermedad renal crónica de más de 10 años de evolución, degeneración macular asociada a la edad, anemia por enfermedad renal crónica y déficit de movilidad por poliartrosis invalidante. Deterioro cognitivo leve para su edad. El motivo de la visita a domicilio era porque en días previos comenzó con disnea a moderados esfuerzos que se ha ido haciendo más intensa hasta ser ante mínimos movimientos como incorporarse en la cama, ir al servicio e incluso comer. Dolor torácico referido como peso retroesternal y tos seca. El dolor se aliviaba al estar sentada. Se decide ingreso hospitalario asistido con oxigenoterapia para estudio y valoración. Tratamiento previo: valsartan 320 mg/día; amlodipino 10 mg/día; furosemida 40 mg/día; tapentadol 25 mg/12 horas; eritropoyetina 30/mes.

Exploración y pruebas complementarias: PA: 157/94 mmHg. Saturación oxígeno: 78%. Fiebre de 38 °C. Palidez de piel y mucosas y sensación disneica grave. ECG: ritmo sinusal a 60 lpm. No trastornos de repolarización. Auscultación: roce pericárdico muy audible. Rx tórax: cardiomegalia grave. Ecocardiograma: VI no dilatado ni hipertrófico con FEVI conservada. Defecto de relajación del VI. Derrame pericárdico severo de predominio posterior (26 mm). Analítica a la llegada a hospital: pH sanguíneo: 7,23. pCO₂: 55,9 mmHg (hipercapnia). pO₂: 67,4 mmHg (hipoxemia). Exceso de bases: -4,5 mmol/L. Glucosa: 137 mg/dl. Urea: 125 mg/dl. Creatinina: 2,52 mg/dl. Filtrado glomerular CKD-EPI: 17 ml/min (enfermedad renal crónica estadio IV). Sodio: 144 mEq/L. Potasio: 4,6 mEq/L. Hemoglobina: 10,5 g/dl. Hematocrito: 33,1%.

Juicio clínico: Dados los antecedentes personales de la paciente de insuficiencia renal crónica de más de 10 años de evolución junto a la exploración típica de roce pericárdico bien audible, la radiografía de tórax con la cardiomegalia típica y el ecocardiograma practicado seguidamente donde se aprecia el derrame pericárdico posterior severo, el diagnóstico es pericarditis asociada a la insuficiencia renal crónica o pericarditis urémica, que puede producir derrames graves hasta en el 20% de pacientes con ERC (enfermedad renal crónica).

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de la pericarditis urémica ha de hacerse con otros tipos de pericarditis, tanto infecciosas como no infecciosas o autoinmunitarias por hipersensibilidad. Otros cuadros que cursen con disnea y/o dolor torácico pueden ser infarto de miocardio, neumotórax, costochondritis, disección aórtica, neumonía, colecistitis, etc. En cualquier caso los antecedentes de ERC de muchos años de evolución junto al característico roce pericárdico a la auscultación, la cardiomegalia grave y el ecocardiograma típico no deja lugar a dudas de la etiología de la pericarditis del caso que nos ocupa.

Comentario final: El caso que nos ocupa es el de un derrame pericárdico severo en el contexto de una ERC avanzada que ha permanecido asintomático largo tiempo. En estos casos suelen encontrarse frecuencias cardiacas bajas en presencia de taponamiento y no hay elevaciones difusas del segmento ST-T de otras pericarditis agudas. Durante el ingreso hospitalario no se consideró la pericardiocentesis dada la edad de la paciente. El manejo conservador con corticoides y dosis bajas de diuréticos fue suficiente para que la paciente recuperara la situación clínica previa.

Bibliografía

1. Guía de la Sociedad Europea de Cardiología: enfermedades del pericardio. Rev Esp Cardiol. 2004;57(11):1090-114.