



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

387/171 - ME DUELE MUCHO EL PECHO

F. Balduvino Gallo¹, E. Quiroz Flores¹, C. García Iglesias², N. Martín Salvador³, M. Piro⁴, M. López Cadenas⁵

¹Médico Residende de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Laredo. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Natahoyo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 39 años, en tratamiento quimioterápico (un ciclo de TIP comenzado hace cinco días) por un tumor germinal no seminomatoso de origen mediastínico, sin otros antecedentes de interés al caso, que acude al servicio de Urgencias hospitalarias presentando dolor centrotorácico opresivo, no irradiado, que comenzó hace una hora mientras estaba desayunando (aunque llevaba varios días con molestias); disneizante, con complejo vegetativo; afebril; no tolera decúbito.

Exploración y pruebas complementarias: EF: Afebril, TA 87/44 mmHg, FC 64 lpm, SatO₂ 98%. Regular estado general, consciente y orientado en las tres esferas, palidez cutánea, sudoroso; sedestación, leve disnea en reposo. No signos meníngeos, no adenopatías, no ingurgitación yugular, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz. Auscultación cardiopulmonar normal, dolor a la palpación en esternón. Abdomen blando, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho sin datos de peritonismo, ruidos hidroaéreos presentes. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Analítica en urgencias: hemograma normal, destaca en la bioquímica un sodio 133, PCR 14,10 (0,5), troponina T alta sensibilidad 13 (14), coagulación con TP INR 1,21 y dímero D 1.322 (500). Gasometría arterial: pH 7,42, pO₂ 73, pCO₂ 35. Angiotac arterias pulmonares: no se observan signos de TEP. Derrame pericárdico en cantidad moderada (14 mm de grosor). Masa/conglomerado adenopático mediastínico en relación con tumoración mediastínica ya conocida. ECG: ritmo sinusal a 72 lpm. Destaca elevación cóncava difusa de punto J 1,5 mV. ETT: destaca derrame pericárdico severo (21 mm) que condiciona colapso parcial de AD, AI, VD.

Juicio clínico: Pericarditis aguda con derrame pericárdico grave.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio. Pericarditis aguda vírica vs neoplásica. Pericardiomiositis.

Comentario final: El paciente fue atendido en el servicio de urgencias hospitalarias de un hospital comarcal por lo cual se comentó con la Unidad de Coronarias del hospital de referencia y se decidió traslado. Durante su estancia se procedió a realizar una pericardiocentesis evacuadora con extracción de 420 -nucleares cc de líquido purulento (ADA elevada, LDH elevado, pH 6,47, colesterol elevado, recuento celular 39.400 cel/mm³); Ac Anti-DNA nativo, factor reumatoide, Ac anti-péptidos citrulinados, Ac anti nucleares negativos; C3 y C4 normales.

Bibliografía

Jiménez Murillo L, Monterp Pérez F. Medicina de urgencias y emergencias, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 1994.