



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

228/57 - DISNEA Y FIEBRE EN MUJER JOVEN SIN ANTECEDENTES DE INTERÉS

P. Machado Fernández^a, C. Jiménez Peiró^a, M. Pérez Pemán^b, M. Reyes Castro^c, S. Córdova Peralta^d y C. Cossío Álvarez^e

^aMédico Residente de Medicina de Familia de 2º año; ^dMédico Residente de Familia de 4º año. CS de Martorell. Barcelona. ^bMedicina Interna. Hospital Comarcal de l'Alt Penedés. ^cMédico Residente de Medicina de Familia. CS Buenos Aires. Martorell. ^eCAP Martorell. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años que consulta a nuestro servicio de urgencias por cuadro de disnea de esfuerzo progresiva, ortopnea, disnea paroxística nocturna, aumento del perímetro abdominal, así como tos seca, fiebre 38 °C de predominio nocturno y sudoración fría. Explica episodio de dolor torácico punzante con la tos y dolor dorsal. Quince días previos a la visita inició cuadro de: fiebre, odinofagia y otitis por el que consultó a su médico de cabecera e inició tratamiento con amoxicilina y paracetamol. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Peluquera. Padre: arritmia. Madre: DM, HTA. Ocho hermanos: sanos.

Exploración y pruebas complementarias: En urgencias, la paciente se encuentra afebril, saturando al 100% a FiO2 ambiental, pero con un estado general afectado y sudoración fría. Consciente, orientada, normohidratada y normocoloreada. AC: rítmica, taquicárdica, no soplos ni rones, IY, no edemas, pulsos presentes. AR: taquipneica, MVC, subcrepitantes basales. Analítica: leucocitosis con neutrofilia, dímero D 6.232, troponinas negativas. Inmunología (ANA, FR), hormonas tiroideas, marcadores tumorales: alfaFP, CEA, Ca125, Ca15.3, Ca19.9, VIH, PPD y resto de analítica dentro de la normalidad. Citología negativa. ECG: RS a 100 lpm, eje 60°, PR 0,12, sin alteración de la repolarización, sin signos de HVI, ondas de bajo voltaje. Rx tórax: cardiomegalia y ligero derrame en bases. Ecocardiograma doppler: derrame pericárdico grave de distribución global (VI 20-25 mm cámara posterior y VD 15-20 mm cámara anterior). Signos de taponamiento pericárdico: corazón bamboleanante, variaciones significativas del flujo mitral y aórtico con los movimientos respiratorios, colapso de cavidades derechas. Pericardiocentesis: 800 cc hemáticos, 300 cc en las siguientes 48h. Líquido pleurítico: leucos 10.960 (L78%, PMN 18%, M4%), Gluc 25 mg/dl, Prots 5 g/dl, Hemat 1.090.000. ADA 60 U/L. Células malignas y BAAR negativo. TC/RM: derrame pericárdico y discreto derrame pleural izquierdo. PPD e IGRA (Interferon Gamma Release Assay): negativos. Evolución: inicialmente se indicó aislamiento respiratorio, al no presentar clínica de este tipo se retiró. Se inicia terapia con RIPE (rifampicina + isoniacida + pirazinamida + etambutol) y la paciente presenta reacción alérgica que respondió favorablemente a la introducción de corticoides sin necesidad de retirar antituberculosos.

Juicio clínico: Pericarditis con taponamiento pericárdico en mujer de 36 años, en la que se asume origen tuberculoso al presentar ADA 60 y una vez descartadas otras causas de pericarditis.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis aguda, IAM ± IC, angina de Prinzmetal, TEP, neumonía, neumotórax, síndrome aórtico.

Comentario final: La pericarditis tuberculosa es una enfermedad rara en crecimiento en países desarrollados por movimientos migratorios y expansión del VIH. Es una patología grave con mortalidad nada despreciable. El diagnóstico y tratamiento precoz mejora la morbimortalidad. Por ello, es importante tenerla presente en Atención Primaria como diagnóstico diferencial de clínica respiratoria y fiebre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koh, et al. Adenosine Deaminase and Carcinoembryonic antigen in pericardial Effusion diagnosis, especially in suspected tuberculous pericarditis. *Circ.* 1994;89.
2. Salinas-Bortán A, et al. Pericarditis tuberculosa: una entidad infrecuente de una enfermedad frecuente. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2009;27:301-7.
3. Horit BD, et al. Diagnosis and treatment of pericardial effusion. *UpToDate*, 2015.
4. Pérez P. Protocol pericarditis Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. 2014.