Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1552

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/390 - ¿Qué se esconde tras la disnea en una paciente oncológica?

M.C. Ruíz Camacho[a], L. Hernández Romera[b], A. Rodríguez Benítez[c], C.J. Sevillano Esquivel[d], L.E. Cano Lucas[a], R.J. Gómez García[a], M. Valmorisco Rodríguez[e] y A.V. Bazo Fariñas[f]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. [b]Centro de Salud Valdepasillas. Hospital Infanta Cristina y Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Hospital Infanta Cristina y Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. [f]Médico Residente de 4° año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 34 años exfumadora, intervenida de aneurisma cerebral mediante embolización en 2008 y recientemente diagnosticada de incidentaloma suprarrenal, adenocarcinoma pulmonar y metástasis cerebrales. Acude a Urgencias por sensación disneica progresiva desde hace 3-4 días, palpitaciones y molestias torácicas de carácter punzante e intermitentes, sin relación con esfuerzo o tos. Gran ansiedad y labilidad emocional. Afebril. Ligero recorte de diuresis y edemas en miembros inferiores. Ha comenzado primer ciclo de quimioterapia hace unos días y está en tratamiento corticoideo.

Exploración y pruebas complementarias: Al examen físico: buen estado general, apirética y normotensa. Taquicárdica y algo taquipneica en reposo. Ingurgitación yugular y tonos cardíacos apagados. Leve edemas sin fóvea en miembros inferiores. Analítica: leucocitisis de 56.500 con 95,45% de neutrófilos. Urea 79, CK 682, GOT 37, GPT 195, dímero D 576. ECG: RS a 100 lpm, patrón de alternancia eléctrica. Rx tórax: cardiomegalia en garrafa, cisuritis e imagen nodular en cisura menor. Ante la sospecha de derrame pericárdico se contacta con Cirugía cardíaca, que tras confirmar diagnóstico, proceden a drenaje del mismo mediante ventana pericárdica.

Juicio clínico: Derrame pericárdico grave en paciente oncológica.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnóstico diferencial: TEP, infección respiratoria, neumotórax, derrame pleural, crisis asmática, síndrome de distrés respiratorio, insuficiencia cardíaca descompensada, edema agudo pulmón, taponamiento cardíaco, IAM, disección aórtica, arritmias, intoxicaciones...

Comentario final: La disnea aguda es uno de los motivos más frecuentes de consulta y abarca una gran cantidad de patologías, algunas de ellas con importantes consecuencias clínicas, de ahí la necesidad de realizar un buen diagnóstico diferencial. En nuestro caso, el derrame pericárdico, es con frecuencia un hallazgo casual, pero cuando es muy grave o se acumula con rapidez puede producirse taponamiento cardíaco, situación de emergencia médica, con diagnóstico esencialmente clínico y cuya etiología es muy diversa, siendo las causas más frecuentes la pericarditis idiopática, la neoplásica, la urémica, la tuberculosa y el derrame hipotiroideo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rama Merchán JC, Cruz González I, Martín Moreiras J, Pabón Osuna P, Martín Luengo C. Protocolo diagnóstico de la disnea aguda. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

2. Fontenla Cerezuela A, Salgado Aranda R, de Dios Pérez S, Palacios J Martínez, Sáenz de la Calzada C. Taponamiento cardiaco. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.