



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4693 - PRESENTACIÓN ATÍPICA Y DIAGNÓSTICO POCO ESCLARECEDOR: LA PERICARDITIS MISTERIOSA

F. Alarcón Porras^a, E. Rodríguez Guerrero^b, J. García-Revillo Fernández^c, A. García Fuentes^c, M. González Rodríguez^d y V. Trigos Domínguez^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Córdoba. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra. Córdoba. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años. Acude a consulta de Atención Primaria (AP) por dolor abdominal difuso, náuseas, escalofríos, coluria y acolia de una semana de evolución. Se remite a urgencias hospitalarias y es dado de alta como hiperbilirrubinemia a estudio. Dos días después reaparece en consulta de AP con nuevos síntomas: disnea de moderados esfuerzos, ortopnea y oliguria. Antecedentes personales: HTA, hiperplasia prostática benigna. Tratamiento: valsartan/hidroclorotiazida, tamsulosina. Niega hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias: Primera visita a AP: aceptable estado general, tinte ictérico, abdomen blando y depresible, difusamente doloroso a la palpación sin otros hallazgos. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos ni roces y murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. En urgencias se realiza análisis de sangre: ALT 71 U/L, bilirrubina 1,4 mg/dL, amilasa y CK normales. Hemograma, coagulación y orina normales. Radiografía tórax: cardiomegalia sin otros hallazgos. Radiografía y ecografía abdominales: sin hallazgos. En la segunda visita a AP presenta ingurgitación yugular y edemas bimaleolares con fóvea, por lo que vuelve a ser derivado a Urgencias. Análisis de sangre: ALT 84 U/L, LDH 277 U/L, PCR 36 mg/L, bilirrubina normalizada. Electrocardiograma: onda P bifásica sugerente de crecimiento de la aurícula izquierda. Se ingresa para completar estudio. TAC tórax, abdomen y pelvis con abundante derrame pericárdico y discreto derrame pleural bilateral. Ecocardiografía: ventrículo izquierdo hipertrófico no dilatado, función sistólica conservada. Válvula aórtica esclerodegenerativa y estenosis aórtica moderada. Serologías infecciosas resultaron negativas.

Juicio clínico: Pericarditis aguda con compromiso cardíaco y hepático. Estenosis aórtica de nueva aparición.

Diagnóstico diferencial: Infección bacteriana (rickettsiosis o fiebre Q), fenómeno autoinmune con afectación cardíaca y hepática que explicarían la aparición concurrente de ambos hallazgos.

Comentario final: En el correcto diagnóstico de este paciente fue esencial una anamnesis y exploración detalladas, así como el conocimiento de la situación basal del paciente en el contexto de Atención Primaria, ya que las pruebas complementarias en urgencias fueron negativas, y por ello fue necesario remitirlo por segunda vez.

Bibliografía

1. Suárez Pita D, Vargas Romero JC. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 8^a ed. Madrid. MSD; 2016.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Pericarditis. Hiperbilirrubinemia. Estenosis aórtica.