



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3862 - PERICARDITIS AGUDA EN AP, A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Ruiz Cuevas<sup>a</sup>, M. Prieto Dehesa<sup>b</sup>, E. Hernández Bay<sup>c</sup> y R. Pérez García<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parque Alameda-Covaresa. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 18 años, antecedentes personales de pectus excavatum y toma de ACO. Hace una semana consultó por odinofagia en contexto de faringitis aguda que fue tratada con AINEs. Regresa por dolor centrotorácico punzante y progresivo de 48 horas de evolución que aumenta con los movimientos respiratorios, sin palpitaciones, fiebre u otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Palidez cutánea, orofaringe eritematosa, sin exudados purulentos ni aftas; no exantema, petequias, eritema, equimosis, o hematomas, así como edemas en extremidades. En la auscultación se escucha roce pericárdico intenso con tonos cardiacos apagados, murmullo vesicular conservado. Resto de la exploración anodina. T<sup>a</sup>: 36,8 °C; TA: 110/87 mmHg; Fc 85 lpm; SatO<sub>2</sub>: 99%. ECG sin cambios significativos, discreta disminución generalizada del voltaje. Se deriva a SUH sospechando pericarditis aguda. Rx tórax: derrame pericárdico grave. Leucocitos 10.500 (N 78%), Hb 12,1, plaquetas 301.000, fibrinógeno 850, TTPA 30,9, iones normales, perfil hepático normal, PCR 210, CPK 31, troponina I 0,02. ANA 1/80, ANCAs negativos, anticuerpos anticardiolipina (IgG e IgM), antitransglutaminasa (IgA) negativo, anticélulas parietales negativo. Serología: hepatitis C, B, A, CMV, VIH, herpes simple (IgG e IgM), varicela (IgM), Brucella, Rickettsias, Treponema pallidum, Borrelia, toxoplasma, Chlamydia pneumoniae (IgG e IgM), Mycoplasma pneumoniae (IgM), Legionella (IgG e IgM), Brucella: negativo; Serologías seriadas: Parvovirus B19, Echovirus, Coxackie: negativo. Bioquímica líquido pericárdico: glucosa 70, proteínas 5, Cultivo negativo. Hemocultivos: negativos. ECG en UVI: ritmo sinusal, descenso generalizado del ST de 1 mm con inversión de la onda T. Ecocardiograma transtorácico, TC toracoabdominal, RM cardiaca: moderado derrame pericárdico organizado con signos de inflamación activa difusa.

**Juicio clínico:** Pericarditis aguda idiopática.

**Diagnóstico diferencial:** Se establece con otras entidades de dolor torácico: IAM, neumonía, neumotórax, disección aórtica, TEP, dolores de la pared torácica.

**Comentario final:** Es el trastorno más frecuente del pericardio, observándose hasta en un 5% de los dolores torácicos no isquémicos en el SUH. Establecer su etiología es difícil (80% idiopática/viral, menos frecuentemente bacteriana, tumoral, autoinmune) y de relevancia secundaria. Basta con presentar 2 de estos criterios (dolor típico, roce pericárdico, cambios generalizados del ST o derrame pericárdico) para establecer un diagnóstico certero, como fue en nuestro caso, desde la consulta de AP.

## Bibliografía

1. [https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/acute-pericarditis-clinical-presentation-and-diagnostic-evaluation?source=search\\_result&search=pericarditis&selectedTitle=1~150?1414580008](https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/acute-pericarditis-clinical-presentation-and-diagnostic-evaluation?source=search_result&search=pericarditis&selectedTitle=1~150?1414580008)
2. <http://nejm.publicaciones.saludcastillayleon.es/doi/full/10.1056/NEJMcp1404070>

**Palabras clave:** Pericarditis idiopática.