



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1724 - DOCTORA, CADA DÍA ME CANSO MÁS

J. Pérez Patiño^a, D. Pacheco Erazo^b, C. Bustos Castro^a y J. Ballvé Moreno^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Florida Nord. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^bMédico de Familia. CAP Florida Nord. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 20 años, sin antecedentes de interés, derivado por su MAP por clínica respiratoria (tos, expectoración, fiebre) de 2 semanas de evolución, recibió tratamiento sintomático sin mejoría, presentando hace 8 días dolor centro torácico y disnea de mínimos esfuerzos al no mejorar se realiza radiografía de tórax, presentando consolidación en base pulmón derecho por lo que se pauta tratamiento con amoxicilina/clavulánico. Presenta leve mejoría pero persistencia de disnea y debilidad generalizada por lo que se solicita valoración.

Exploración y pruebas complementarias: PA: 112/71, FC: 119x', T^a: 36,4 °C, sat: 100%, tinte subictérico, normosómico, AP: roncus en base derecha. AC: disminución de ruidos cardiacos, taquicardia, roce pericárdico, IY derecha +++. Abdomen: hepatomegalia, Analítica; leucos 27.830 (N: 86,5%), Hb: 11,4, Hto: 0,33, VCM: 86,6, TP: 57%, INR: 1,5, Bil: 0,94, AST: 24, PCR: 24,58. troponina negativas. Rx de tórax: IC > 0,5 (cardiomegalia no conocida), pinzamientos de senos costodiafragmáticos. ECG: ritmo sinusal a 118 latidos por minuto, T negativa en aVR, V2, V4 a V6. Ecocardiograma: derrame pericárdico grave, con signos de taponamiento cardiaco. Pericardiocentesis 750 ml. Bioquímica: aspecto purulento, leucos 12.842 (N: 98%), pH 8,0, hemoglobina +, proteínas totales 5,6 mg/dL, tinción de Gram y BAAR negativos. Patología: líquido inflamatorio no células neoplásicas. Cultivo: Staphylococcus aureus multisensible.

Juicio clínico: Tras valorar la clínica, examen físico y pruebas complementarias se orienta como pericarditis purulenta secundaria a neumonía presentando como complicación taponamiento cardiaco. El tratamiento que realizó fue corticoides a dosis alta, pericardiocentesis evacuadora, antibiótico de amplio espectro.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, pericarditis, infarto agudo.

Comentario final: El diagnóstico de la pericarditis aguda es principalmente clínico siendo la clínica caracterizado por la tríada: dolor torácico, roce pericárdico y fiebre. Recordemos que un porcentaje menor de nuestros pacientes con pericarditis puede complicarse. Estamos acostumbrados a ver patologías banales que a veces por circunstancias diversas nos olvidados en replantearnos otros diagnósticos.

Bibliografía

1. Sagristá Saulea J, Almenar Bonet L, Ángel Ferrer J, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en patología pericárdica. Revista Española de Cardiología. 2000;53(3):394-412.

Palabras clave: Pericarditis. Derrame pericárdico. Taponamiento cardíaco.