

347/2768 - COMPLICACIÓN NO ESPERADA DE UNA LEUCEMIA AGUDA

C. Montilla Castillo^a, N. Martín Salvador^b, R. Guerrero Tejada^c y E. Gutiérrez Manjón^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Tórtola. Valladolid. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente 78 años sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes: síndrome mielodisplásico (AREB tipo 1) Artropatía por cristales de pirofosfato cálcico. Hiperostosis vertebral idiopática difusa. Tratamientos: colchicina, Arcoxia 90 mg, omeprazol, paracetamol. Paciente derivada por su MAP, por fatiga y astenia. Asintomática hasta hace 10 días fecha en que presenta pérdida de conciencia de breve duración. No dolor torácico ni palpitaciones previas. Presenta edemas hasta raíz de muslos, disnea de mínimo esfuerzo, palpitaciones con pequeños esfuerzos, disminución de la diuresis y aumento del perímetro abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: TA 96/55 mmHg, frecuencia cardíaca 65 lpm. Ingurgitación yugular hasta ángulo mandibular. SO2 96%. Auscultación cardíaca: tonos apagados, no soplos. Auscultación pulmonar: normal. Abdomen globuloso, distendido, oleada ascítica, hepatomegalia. Edemas graves bilaterales hasta raíz de muslos con fóvea. Analítica: INR espontáneo 1,57. Hemoglobina 10,2, Hto 32%, leucocitos 58.720 a expensas de monocitos (21.330), plaquetas 36.000, urea 147, creatinina 2,75, sodio 130, potasio 4,6, BT 2,08, GOT 98, GPT 223, NTproBNP 773. ECG ritmo sinusal a 80 lpm. Bajos voltajes. QRS estrecho. Rx tórax ICT aumentando, corazón en tienda de campaña. No hay signos derrame pleural asociados. Ecocardiograma: presentación variación de flujo transmitral > 30%, transaórtico similar. Colapso de AD en 1 de cada 2 latidos. Colapso parcial de VD. Movimiento septal a la inspiración profunda. Derrame severo circunferencial de contenido anecoico con imagen de borde hiperecogénico adherido a epicardio en zona de ápex y VI. Líquido pericárdico: LDH 2416, ADA 56,4, glucosa 53, proteínas 4, albúmina 2,4, hematíes 355.000, leucocitos 4.497 (PMN 61%, MN 39%). Microbiología: PCR micobacterias negativa. Baciloscopía negativa. Cultivo de bacterias y hongos negativo. Estudio microbiológico e inmunológico: normal.

Orientación diagnóstica: Derrame pericárdico grave con criterios de taponamiento cardíaco. Leucemia mieloblástica aguda.

Diagnóstico diferencial: IAM, miocarditis, pericarditis.

Comentario final: El taponamiento cardíaco es la consecuencia hemodinámica y clínica del compromiso en el llenado del corazón causado por un derrame pericárdico. Su gravedad varía desde sutiles manifestaciones hasta el shock y la muerte en disociación electromecánica, de ahí la importancia de un diagnóstico precoz y de un inmediato tratamiento, como ha sido el caso de nuestra paciente.

Bibliografía

1. Spodick DH. Acute cardiac tamponade. *N Engl J Med.* 2003;349:684.

Palabras clave: Pericardio. Gasto cardiaco.