

347/2473 - ABORDANDO AL PACIENTE CON DISNEA: DERRAME

S. Serrano Porta^a, J. Melero Abellán^b, P. Madrigal Laguía^c y L. Martínez Antequera^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años que acude por segunda vez en 3 días a Urgencias por disnea de moderados esfuerzos de 4 días de evolución, asociado a dolor retroesternal punzante, no irradiado y que aumenta con la inspiración profunda. Dispepsia. No otra clínica asociada. Antecedentes personales: HTA, exéresis de melanoma microinvasor T1aN0M0 (estadio IA) en 2015. Tratamiento crónico: enalapril 10 mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientado. Normohidratado y normocoloreado. Afebril. Eupneico en reposo. Glasgow 15/15. Auscultación cardiopulmonar: rítmico a 100 latidos por minuto, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen globuloso, blando y depresible, sin masas ni megalias. Mate. No doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. RHA presentes. No edema de pared. Miembros inferiores: mínimos edemas bilaterales con fóvea +++++ hasta tercio medio de ambas extremidades. Signos de IVC. Analítica: PCR 7.34. Resto normal. ECG: taquicardia sinusal. Radiografía de tórax y abdomen: seno costofrénico derecho mínimamente pinzado. Resto normal. TC toracoabdominal: Derrame pleuropéricárdico.

Orientación diagnóstica: Se ingresa al paciente a Medicina Interna para completar estudio. Dado que el paciente se encuentra estable hemodinámicamente, se puede aplazar la realización de una ecocardiografía para descartar patología cardíaca estructural, así como realizar una toracocentesis tanto terapéutica como diagnóstica, con el fin de analizar el líquido extraído y determinar posibles causas de dicho derrame. Es necesario descartar las principales causas de derrame: infecciosa, inflamatoria, traumática, autoinmune y neoplásica, siendo conscientes que un alto porcentaje son idiopáticas.

Diagnóstico diferencial: Derrame secundario a patología maligna. Derrame idiopático. Derrame autoinmune. Derrame infeccioso.

Comentario final: Es necesario tener muy presente la posibilidad de derrame en un paciente con disnea y dolor torácico, aún cuando las pruebas diagnósticas iniciales puedan ser anodinas, y más aún cuando el paciente no mejora con el tratamiento administrado. Pruebas de mayor resolución como el TC pueden ayudarnos a enfocar el diagnóstico y derivar a otros niveles para su continuación.

Bibliografía

1. LeWinter MM, Sexton DJ. Diagnosis and treatment of pericardial effusion UpToDate, 2017.
Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-treatment-of-pericardial-effusion>

Palabras clave: Disnea. Derrame.