

424/4083 - LA IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES

E. Rodríguez Marco¹, S. Sánchez Casas² y A. González Ara³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José. Zaragoza. ³Médico de Familia. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente 39 años. Antecedentes personales: lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome. Antifosfolipídico. Acudió al centro de salud (CS) por dolor retroesternal de 5 horas de evolución, que aumentaba con la tos y la inspiración profunda, sin irradiación ni cortejo vegetativo. Hace 2 días temperatura de 38 °C con tos sin expectoración. Disnea con esfuerzos moderados.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes estables, sin fiebre. Palidez mucocutánea. Se auscultan crepitantes en base izquierda. Se realiza ECG en CS: ritmo sinusal a 66 lpm y Rx tórax ambulatoria: aumento silueta cardiaca, pinzamiento seno costofrénico izquierdo sugestivo de derrame pleural. Dada la clínica conviene considerar derrame pericárdico. Contactamos con la paciente y derivamos al hospital donde realizan seriación de enzimas cardíacas siendo estas normales, dímero-D 3.263 ng/ml; ecocardiograma que informan de derrame pericárdico, máxima separación hojas a nivel de saco posterior (8 mm), sutil colapso de aurícula derecha sin otros datos de compromiso hemodinámico y TAC torácico donde no se visualizan defectos de repleción intraluminal sugestivo de tromboembolismo pulmonar (TEP). Por lo que se inicia tratamiento con Dacortin 30 mg en pauta descendente, colchicina y AAS (1.000 mg/8h 7d ? 500 mg/6h 10d ? 500 mg/8h 10d ? 500 mg/12h hasta revisión). 24h tras inicio tratamiento pautado en el hospital acude al centro de salud por hipoacusia bilateral. A la exploración otoscopia normal por lo que ante el posible efecto ototóxico del adiro se decide bajar dosis: 1 comp/8h 2d y citamos en 24h. Por persistencia hipoacusia se suspende AAS y aconsejamos asistencia sanitaria si clínica compatible con pericarditis.

Orientación diagnóstica: Pericarditis lúpica.

Diagnóstico diferencial: Derrame pleural. Neumonía. TEP. Pericarditis.

Comentario final: Síndrome pericardio inflamatorio con o sin derrame pericárdico. Criterios clínicos diagnósticos (dolor torácico pleurítico que mejora con la inclinación hacia delante, roce pericárdico, elevación difusa ST en ECG, derrame pericárdico). Causas: idiopática, infecciosa, autoinmune, traumática, etc. Factores de riesgo que requieren ingreso: T^a > 38 °C, inicio subagudo, derrame pericárdico, taponamiento cardiaco, ausencia respuesta a AINE tras 7 días. La colchicina reduce 50% la tasa de recurrencias. No asociar corticoides a AINES/AAS con colchicina porque favorecen cronicidad, recurrencia y efectos secundarios.

Bibliografía

1. Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J et al. Guía ESC 2015 sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. Rev Esp Cardiol. 2015;68(12):1126.

Palabras clave: Dolor torácico. Pericarditis. LES.