

424/3598 - ¿SERÁ SÓLO INSUFICIENCIA CARDIACA?

B. Rivas Baeza¹, M. Lor Leandro², A. Herrero de Dios² y S. Ruiz de Castañeda Menéndez³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid.²Médico de Familia. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fronteras. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, dislipemia, obesidad, enfermedad renal crónica estadio III, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, EPOC, portador de marcapasos que acude a consulta del centro de salud por disnea progresiva, de una semana de evolución hasta hacerse de reposo, que no mejora pese a tratamiento diurético. Discreto aumento de edemas en ambos miembros inferiores. Afebril. No otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física destaca: hipotensión (TA 91/52), SatO2 89% basal, FC 74 lpm. A la auscultación arrítmico, sin soplos audibles ni crepitantes bibasales. En las pruebas complementarias se objetiva leucocitosis con neutrofilia en el hemograma, y en la bioquímica presenta proBNP 15778, creatinina 1,8 y urea 122. En la radiografía de tórax presenta cardiomegalia marcada y signo de "tienda de campaña" sugestivo de taponamiento cardiaco. Se realiza VSCAN donde se aprecia hipertrofia leve del ventrículo izquierdo. Hipoquinesia apical y lateroapical. Derrame pericárdico grave circunferencial con abundante componente de fibrina que en la pared anterior del ventrículo derecho llega a medir 22 mm.

Orientación diagnóstica: Taponamiento cardiaco.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca. Edema agudo de pulmón. Neumonía. Empiema.

Comentario final: Ante la sospecha de insuficiencia cardiaca es conveniente iniciar tratamiento deplectivo desde atención primaria, siempre que estemos ante un caso de insuficiencia cardiaca leve y el paciente se encuentre hemodinámicamente estable. Ante inestabilidad hemodinámica o ausencia de mejoría clínica se debe derivar al paciente a Urgencias para continuar estudio y tratamiento. Además, es muy importante saber interpretar correctamente las pruebas de imagen radiológicas para apoyarnos en el diagnóstico. En este caso, en la radiografía se pudo ver el signo de la tienda de campaña, orientando el diagnóstico de taponamiento cardiaco lo cual permitió priorizar su tratamiento y su ingreso en UCI para la realización de pericardiocentesis.

Bibliografía

1. Barbero Rodríguez E, Moreno Carrasco S, Sierras Jiménez M, Vargas Corzo L, Escamilla Ramos L, Cordero de Oses J. Taponamiento cardiaco en paciente oncológico. Semergen. 2017;43(Espec Congr 11):159.

2. Murillo Jiménez L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 3^a ed. Madrid: Elsevier España; 2004; p. 195-7.

Palabras clave: Taponamiento. Insuficiencia cardiaca. Cardiomegalia.