

Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/964 - ¿SE QUEDARÁ SOLO EN UNA PERICARDITIS?

N. Crespo García¹, S. Fernández Crespo², J. Capón Álvarez³ y Á. Díaz Rodríguez³

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. Bembibre. León. ²Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 54 años. No alergias. Bebedor moderado. Exminero. Diabético. EPID. Cirugía bariátrica con déficit de Vitamina K secundario. Dolor torácico atípico (2017) con coronariografía normal. No tratamiento habitual. Presenta disnea, ortopnea y palpitaciones de 4 días de evolución con dolor centrotorácico opresivo y escalofríos nocturnos. En ECG se objetiva fibrilación auricular (FA) de inicio indeterminado. Se deriva a urgencias hospitalarias siendo tratado con betabloqueantes y heparina de bajo peso molecular, posteriormente con edoxabán. Pruebas complementarias: acidosis metabólica e insuficiencia renal aguda. Derrame pericárdico con taponamiento cardíaco. Pericardiocentesis evacuadora con pericarditis aguda neumocócica. Tratamiento: ceftriaxona (4 semanas). Resolución completa y ecocardiograma de control normal.

Exploración y pruebas complementarias: Hipotensión. Saturación oxígeno: 96%. Afebril. Regular estado general, palidez cutáneo-mucosa. Frialdad y cianosis distal. Edemas con fóvea en ambos pies. Auscultación: arrítmico, tonos apagados. Hipofonesis en ambas bases pulmonares sin crepitantes. ECG: FA a 125 lpm. Hemograma: hemoglobina 10,8 g/dl. Leucocitosis (17.300/ul), neutrofilia (15.200/ul). Plaquetas 566.000/ul. Bioquímica: procalcitonina 1,40 ng/ml. Urea 184 mg/dl. Creatinina 6,47 mg/dl. Troponina I negativa. NT ProBNP 4.409,1 pg/ml. Dímero D negativo. PCR al alta 6,1 Gasometría arterial: acidosis metabólica. Hemocultivos y cultivo esputo negativos. Serología (*Coxiella burnetti*, *Borrelia* spp, *Borrelia burdorferi*, *Brucella*, VHB, VHC, VIH) negativa. Pericardiocentesis: Negativo para malignidad. Antígeno neumococo positivo. Radiografía tórax: cardiomegalia. Derrame pleural derecho. TAC tórax: derrame pericárdico (20 mm espesor). Mínimo derrame pleural derecho. Ecocardiograma: VI levemente hipertrófico con función sistólica normal. VD no dilatado. Dilatación leve de AI. Insuficiencia tricúspide leve. Baja probabilidad de hipertensión pulmonar. Derrame pericárdico leve. RMN: derrame pericárdico. Perfusión miocárdica normal.

Orientación diagnóstica: Pericarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: Miopericarditis, derrame pericárdico, taponamiento cardíaco.

Comentario final: El dolor torácico, una consulta muy frecuente en urgencias. Primordial el reconocimiento de causas potencialmente mortales. En la valoración descartar datos de gravedad, realizar ECG e identificar causa desencadenante. El dolor pericárdico es punzante u opresivo, centrotorácico, de horas o días de evolución, empeora en decúbito y mejora en sedestación inclinando el tronco hacia delante y con antiinflamatorios. Fundamental descartar taponamiento. Valorar si hay síntomas sistémicos para descartar procesos que cursen con serositis.

Bibliografía

1. Suárez Pita, D. (2016). Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Madrid: Merck Sharp & Dohme.

Palabras clave: Pericarditis. Taponamiento.