



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## O-044 - DISNEA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

E. Espíldora de Ancos, I. Rodríguez, A. Alonso, J.A. Pérez, L. Martínez y F.J. Alonso

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. CS Sillería.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 66 años con antecedente de infección respiratoria de vías bajas tratada hace dos meses con amoxicilina, suspendida por candidiasis orofaríngea. La paciente sigue revisiones mensuales por artritis reumatoide en su Centro de Salud. Las últimas dos semanas se encuentra más cansada. Acude a consulta de enfermería para recibir su tratamiento semanal parenteral con metotrexato. La enfermera solicita valoración en consulta médica por empeoramiento de su estado general. En la consulta de su médico de familia la paciente refiere disnea de moderados esfuerzos, tos sin expectoración y debilidad. No fiebre. Antecedentes personales: Diagnosticada de artritis reumatoide desde los 30 años, pectum excavatum, gammopatía monoclonal. Tratamiento: metotrexato 20 mg sc semanal, hidroxicloroquina 200 mg 1-0-1, omeprazol 20 mg, deflazacort 6 mg, meloxicam 15 mg, calcio carbonato + colecalciferol.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente consciente y orientada, bien nutrida e hidratada. Normocoloración de mucosas y cierta palidez cutánea. PA: 100/62 mmHg, T: 37 °C, Saturación 98%. No trabajo respiratorio. Cuello: leve ingurgitación yugular. Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: movimiento vesicular conservado. Pectum excavatum. No ruidos añadidos. Se deriva al Servicio de Urgencias hospitalario. En la analítica básica destaca Hb: 11,9 g/dl; tiempo de protrombina: 65%, fibrinógeno: 778 mg/dl. Se realiza Rx de tórax con el siguiente informe: aumento de la cifosis dorsal y actitud escoliótica. Pectus excavatum. Marcada progresión de la cardiomegalia con dilatación de AI y morfología global que impresiona de derrame pericárdico severo, asociada a moderado derrame pleural izquierdo. A descartar aneurisma VI. No se visualizan masas ni adenopatías mediastínicas de tamaño patológico.

**Juicio clínico:** Derrame pericárdico severo en paciente con antecedente de artritis reumatoide.

**Diagnóstico diferencial:** Se establece en procesos agudos con el tromboembolismo, infarto de ventrículo derecho, neumotórax a tensión, shock séptico y neumopericardio; y en procesos crónicos con pericarditis, miocardiopatía restrictiva o dilatada, valvulopatía tricuspídea grave, cardiopatías congénitas, cor pulmonale crónico y obstrucción de la vena cava superior.

**Comentario final:** La paciente se encontraba con ligera disnea y saturación del 98%, valorada por Cardiología se realizó ecocardiograma con el diagnóstico de derrame pericárdico severo y se programó pericardiocentesis en las siguientes 24 horas. El derrame pericárdico es una manifestación de la pericarditis tanto aguda como crónica. Puede constituir un hallazgo casual, pero en algunos casos se manifiesta como taponamiento cardiaco, que supone una emergencia y que requerirá una pericardiocentesis urgente. En ambos casos, el derrame pericárdico supone un reto diagnóstico. Entre las posibles causas, deben considerarse: la pericarditis

aguda inflamatoria, la pericarditis urémica, el hipotiroidismo, las metástasis, la tuberculosis y diversas enfermedades autoinmunes. La sospecha clínica constituye la mejor herramienta diagnóstica, pudiéndose clasificar más de la mitad de los casos sin técnicas más invasivas. El electrocardiograma, la radiografía de tórax y fundamentalmente el ecocardiograma, son las técnicas diagnósticas más importantes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García-Lledó A, García Pérez Velasco J, Bonilla V y Ponz V. Derrame pericárdico. *Medicine*. 2013;11:2559-70.
2. LeWinter MM. Enfermedades pericárdicas. En: Braunwald E, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, eds. *Tratado de Cardiología*, 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.