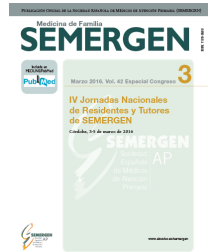




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-346 - UNA RADIOGRAFÍA DE MEDIA MARATÓN

G.E. Zambrano Granella^a y G. Zambrana Calvi^b

^aCS 1, Ciudad Real. ^bCS 3, Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 44 años sana, deportista, que después de realizar media maratón, presenta y consulta por dolor torácico localizado en hemitórax anterior izquierdo, de tres semanas de evolución, de aparición intermitente, de características punzantes, irradiado a cuello y oído izquierdo, que se exacerba en posición mahometana, asociando sudoración nocturna, sin cortejo vegetativo, ni fiebre, ni disnea, mantenía tratamiento con analgésicos y relajantes musculares sin mejoría, se decide remitir a Urgencias hospitalarias, donde se emite alta con pruebas anodinas. Consulta nuevamente un mes después, a su médico de atención primaria, por dolor torácico, que había sido catalogado como dolor de perfil osteomuscular, se interroga nuevamente, que es de características opresivas, irradiado a región interescapular, empeora con la tos y los movimientos respiratorios, aunque no se modifica al inclinarse al inclinarse adelante ni con los esfuerzos, asociando a este dolor, fiebre termometrada en 38 grados, disnea progresiva, ortopnea y astenia, tos con expectoración clara y autoescucha ruidos respiratorios, se deriva nuevamente a urgencias, quienes deciden realizar pruebas complementarias, donde se evidencia en radiología de tórax la presencia de un derrame pericárdico grave, se realiza pericardiocentesis, se analiza el líquido y se decide ingresar. Durante su estancia recibió tratamiento, mostrando mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: hidratada, y perfundida. TA: 141/90 mmHg, FC: 117 lpm, T: 37 °C, Saturación O₂: 100%, Ingurgitación yugular. AC: rítmica, taquicárdica, se ausculta roce pericárdico, AP: MVC, espiración alargada, algún roncus aislado. Abdomen: blando, no doloroso a la palpación. Extremidades: no edemas, ni signos de TVP. EKG: ritmo sinusal a 107 lpm, T negativa asimétrica en cara inferior y V4-V6. Rx tórax: proyección A/P cardiomegalia global sin imágenes de condensación pulmonar en proyección lateral no se observa derrame pleural ni pinzamiento costofrénico. Analítica: leucocitos: 12.900 miles/ μ L, Hb: 12,2 g/dL, plaquetas: 596.000 miles/ μ L, se objetivan reactantes de fase aguda. Bioquímica, citología, y microbiología del líquido pericárdico negativos para patologías. Serología microbiana negativa. Ecocardiografía: derrame pericárdico circunferencial de grado severo con depósitos de fibrina. Colapso de aurícula derecha aurícula izquierda, variaciones respiratorias de flujos transvalvulares significativos.

Juicio clínico: Derrame pericárdico grave de probable origen viral.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis, infarto miocárdico de cara inferior, pericarditis.

Comentario final: El derrame pericárdico obtiene una prevalencia del 33% en la población, es una

patología con síntomas clínicos característicos para el diagnóstico mediante historia clínica. Por las características del dolor en este paciente y su forma atípica de presentación no se diagnostica hasta etapas avanzadas. El médico de atención primaria aparte de realizar una buena historia clínica y un examen físico que permite la orientación al diagnóstico posee herramientas de ayuda como pruebas complementarias (en este caso la radiografía de tórax) que son accesibles para determinar el desenlace ante patologías que no ceden a tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Braunwald, Libby, Bonow, Mann, Zipes. Tratado de Cardiología, 8ª ed. Editorial Elsevier Saunders, 2009.
2. García-Lledó A, García Pérez Velasco J, Bonilla V, Ponz V. Derrame Pericárdico Medicine. 2013;11:2559-70.