



253/20 - VIRIASIS, DISNEA Y PERICARDITIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Almela Martínez^a, M. Martínez Suay^b, E. Hermida Campa^b y F. Martínez Cabrera^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CSI Novelda. Alicante. ^bMédico de Familia. CSI Novelda. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 53 años. Antecedentes personales de dislipemia sin tratamiento, hernia de hiato, gastritis erosiva, duodenitis congestiva, perforación gástrica intervenida. Tratamiento crónico con omeprazol. Acudió al centro de salud por referir disnea de aparición súbita, dorsalgia izquierda y febrícula de una semana de evolución, sin evidenciar mejoría tras tratamiento con analgésicos. Se solicita una radiografía de tórax y un ECG urgentes detectándose cardiomegalia. Se deriva a urgencias hospitalarias para descartar pericarditis. Se diagnostica derrame pericárdico severo con colapso de la aurícula derecha, procediéndose al ingreso en UCI e iniciando tratamiento con ibuprofeno y colchicina. El paciente entra en fibrilación auricular que es revertida eléctricamente. Se descarta etiología neoplásica, farmacológica, isquémica, autoinmune y enfermedad tiroidea, siendo la etiología de probable origen viral. El paciente evoluciona favorablemente lentamente y se da de alta.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 36,9 °C, FC 105 lpm, TA 122/86 mmHg, SatO₂ 91%. Auscultación cardíaca: rítmica, soplo sistólico polifocal. Auscultación pulmonar: crepitantes en base izquierda. Radiografía de tórax: cardiomegalia, pinzamiento bilateral de senos costofrénicos. ECG: ritmo sinusal a 105 lpm, patrón de sobrecarga derecha. Analítica sanguínea: PCR 219,2 mg/dl, procalcitonina 0,05 ng/ml. Hemograma sin hallazgos. Coagulación: índice de Quick 64%, dímero D 836 ng/ml. Gasometría arterial basal: pH 7,479, pO₂ 81,4 mmHg, pCO₂ 81,4 mmHg. Ecocardiograma: cavidades derechas dilatadas con FSVD conservada, derrame pericárdico severo con colapso de AD, movimientos paradójicos SIV. AngioTAC torácico: Importante derrame pericárdico que no es de características hemáticas, pequeño derrame pleural izquierdo, mínimo derecho.

Juicio clínico: Pericarditis de probable origen viral.

Diagnóstico diferencial: Con causas de dolor torácico agudo (IAM, etc), neumonía, viriasis, infección respiratoria.

Comentario final: La pericarditis puede tener una forma de presentación insidiosa por lo que hay que estar atentos y sospecharla ante la presencia de síntomas inespecíficos, como la disnea, que pueden ser clave para detectar esta patología junto con las pruebas complementarias.

Bibliografía

1. Imazio M. Clinical presentation and diagnostic evaluation of acute pericarditis. UpToDate, 2016.
2. Lurueña P, Navas MA. Pericarditis aguda. Fistera, 2015.
3. Jiménez Murillo L, Montero FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2015.
4. Aguilar F, Bisbal O. Manual de Diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid; 2013.

Palabras clave: Disnea. Derrame pericárdico. Taponamiento cardiaco. Pericarditis.