



## 160/1766 - Derrame pericárdico por hipotiroidismo

C.M. Rodríguez Blanco<sup>a</sup>, A.M. Ciocea<sup>b</sup>, V. Ciocea<sup>c</sup> y A. Tejas Evans<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ávila Sur-Oeste. Ávila. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Arévalo. Ávila. <sup>d</sup>Médico Especialista en Cardiología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

### Resumen

**Descripción del caso:** Se trata de una mujer de 71 años con antecedentes personales de espondilolistesis y fractura vertebral en tratamiento con meloxicam y diazepam. La paciente acude a consulta de Atención Primaria por cuadro clínico compatible con infección urinaria, que se trata con amoxicilina-ácido clavulánico durante ocho días. En la anamnesis dirigida la paciente refiere edemas en miembros inferiores con cara abotargada, sensación de frialdad y piel seca de un año de evolución. No dolor torácico ni disnea. Se solicita radiografía de tórax y analítica. En la radiografía de tórax se evidencia aumento del índice cardiotorácico. Se deriva la paciente a consulta de Cardiología.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física la presión arterial: 115/81 mmHg, frecuencia cardiaca: 78 latidos por minuto, temperatura: 36,7 °C y saturación de oxígeno basal: 97%. Se observa en la inspección: facies abotargada, macroglosia y piel seca. La auscultación cardiopulmonar es normal y en el momento de la valoración no hay edemas en miembros inferiores. En la consulta posterior: Peso: 66 Kg. Talla: 1,47 m. Índice de masa corporal: 30.54 Kg/m<sup>2</sup>. En analítica presenta creatinina plasmática: 0,94 mg/dl, urea: 30 mg/dl. Perfil lipídico: colesterol total: 457 mg/, colesterol HDL 55 mg/dl, colesterol LDL 361 mg/dl A, triglicéridos 204 mg/dl, perfil hepático: normal. Factor reumatoide normal. Hormonas tiroideas: T4 libre: < 0,4 ng/dl, TSH: 38,79 μU/ml Marcadores tumorales: normales. Hemograma: HB: 11,2 g/dl con VCM y CHCM normales. El electrocardiograma mostraba: ritmo sinusal a 78 latidos por minuto, con complejos QRS de bajo voltaje. En consulta de Cardiología se le realizó ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia moderada-grave y buena función contráctil. Derrame pericárdico severo de predominio postero-lateral y ventrículo derecho (máximo 40 mm). Con colapso sistólico y diastólico de aurícula derecha, no se compromete llenado de ventrículo derecho ni de ventrículo izquierdo. Flujo transmitral y transtricuspidé con variación respiratoria aunque < 25%.

**Juicio clínico:** Derrame pericárdico secundario a hipotiroidismo.

**Diagnóstico diferencial:** Debe establecerse con las principales causas de derrame que lo justificarían sin necesidad de pericardiocentesis: enfermedades autoinmunes/inflamatorias, fármacos, tumorales, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca y amiloidosis.

**Comentario final:** La mayoría de los derrames pericárdicos son asintomáticos y es un hallazgo

casual; o encontrando las manifestaciones clínicas que corresponden a la enfermedad de base que lo causa. Fuera del manejo urgente del taponamiento cardiaco, el derrame pericárdico moderado-severo supone un reto diagnóstico etiológico en el que la mejor herramienta es el juicio clínico sin necesidad en la mayoría de los casos de procedimientos invasivos. El hipotiroidismo es una causa frecuente de derrame pericárdico crónico en el que el mecanismo es similar al del mixedema.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Carlavilla Martínez AB. Enfermedades del pericardio y grandes vasos. En: Suberviola V, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 6ª edición. MSD; 2007. p.281-6.
2. Sagristá Sauleda J, Almenar Boneta L, Ferrer JÁ, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en patología pericárdica. Rev Esp Cardiol. 2000;53:394-412.