



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2098 - NO TODA DISNEA Y EDEMAS EN MMII ES INSUFICIENCIA CARDIACA

M.R. Bergillos Giménez<sup>a</sup>, J.M. Fernández González<sup>b</sup> y A.C. Serrano Gil<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja. Jerez de la Frontera. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Granja. Jerez de la Frontera. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 50 años que acude a urgencias hospitalarias por cuadro de disnea y edemas en miembros inferiores (MMII) de una semana de evolución. Antecedentes de HTA, DM tipo I e hiperlipemia. En tratamiento con aspirina, amlodipino, atorvastatina, torasemida, irbesartán/hidroclorotiazida y nebilolol. Fue valorado en su centro de salud con RX tórax y diagnosticado de infección respiratoria e insuficiencia cardíaca, pautando tratamiento antibióticos. Tuvo un ingreso hace dos semanas por cuadro de gastroenteritis.

**Exploración y pruebas complementarias:** Destaca decaimiento, mal estado general, palidez cutánea, edemas en MMII y disnea. Presenta disminución del murmullo vesicular en campos inferiores y ruidos cardiacos rítmicos apagados sin soplos añadidos. Se realiza RX tórax con cardiomegalia en tienda de campaña, por lo que se realiza ecocardiografía en urgencias donde se objetiva derrame pericárdico trabeculado moderado sin signos de taponamiento. En hemograma y bioquímica aparece anemia (Hcto/Hb: 29%/9,3); leucocitosis, glucosa: 504, alteraciones hepáticas, creatinina: 3,1 mg/dl; CK: 399 U/I; troponina T-US: 77 ng/dl; NT-proBNP: 2.494 pg/dl. ECG ritmo sinusal a 85 lpm, eje normal, bajo voltaje generalizado. Se cursa ingreso de paciente. A los dos días sufre un episodio de síncope, siendo valorado por UCI donde se objetiva progresión de derrame pericárdico provocando shock obstructivo. Se realiza pericardiocentesis con leve efectividad, líquido sero-hemático (unos 70 ml), por lo que se pauta TNK intra-pericardio para deshacer tabiculaciones sin ser efectivo. Se deriva a hospital de referencia para pericariotomía, sufriendo parada cardio-respiratoria (PCR) al entrar en quirófano con necesidad de masaje interno. Tras cirugía se ingresa en planta de medicina interna donde se realizan pruebas de VIH, Rubeola, Lúes, VHB, cortisol y hormonas tiroideas, serología toxoplasma, citomegalovirus, Epstein Barr, Salmonella, Borrelia, Leishmania, adenovirus, enterovirus, parásitos en orina, toxina Clostridium. Líquido pericárdico inespecífico negativo para malignidad; pericardio con inflamación aguda inespecífica. Tras varios días mejoría clínica hasta su estado basal y es dado de alta.

**Juicio clínico:** Taponamiento cardiaco (shock obstructivo). Pericarditis idiopática de posible origen vírico.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardiaca congestiva, pericarditis, infarto de ventrículo derecho y/o infección respiratoria.

**Comentario final:** Destacar la capacidad de reunir historia clínica con antecedentes y pruebas complementarias para el encauzamiento del diagnóstico sin demorar tiempo desde el servicio de urgencias. Señalar la importancia de la realización de ecocardiografía, gracias a la cual se llegó al diagnóstico, permitiendo el ingreso del paciente antes de que surgieran más complicaciones. Todo esto agilizo el drenaje pericárdico que hizo que la situación del paciente mejorara rápidamente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Farreras-Rozman. Medicina interna. Decimoquinta edición. Volumen I. Elsevier 2004.
2. Jiménez Murillo L, Montero Perez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía de diagnóstica y de protocolos de actuación. 4ª edición. Elsevier.
3. Murphy JG, Lloyd MA, eds. Pericardial diseases. Mayo Clinic Cardiology. 2007. p. 893-913.