



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2554 - TENGO PERICARDITIS DE NUEVO

M. Muñoz Ayuso<sup>a</sup>, B. Blanco Sánchez<sup>b</sup>, J. Sánchez Sánchez<sup>c</sup>, L. Tomás Ortiz<sup>d</sup> y M. Navarro Miralles<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Urgencias Hospital Los Arcos. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 30 años, fumador, bebedor y consumidor habitual de cannabis. Acude a nuestra consulta tras su cuarto ingreso en Cardiología en los últimos cinco años (siempre por pericarditis aguda) refiriendo que tiene "pericarditis de nuevo" por presentar dolor centrotorácico punzante no irradiado, que aumenta con la inspiración y el decúbito, fiebre de hasta 38,5 °C y disnea de un día de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, normohidratado y normocoloreado, eupneico. Adecuadas constantes. Auscultación cardiaca: rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, sin defensa ni masas. Palpación no dolorosa ni signos de irritación peritoneal. Serología (realizada en el último ingreso hace 3 meses) negativa. ECG: RS a 100 lpm, eje +30°, sin alteraciones en la repolarización ventricular. Se remite a Urgencias ante los antecedentes del paciente. Allí realizan analítica (sin alteraciones excepto leucocitosis de 28.800 y dímero D de 2.710), Rx tórax PA y lat (cardiomegalia global) y angioTAC de arterias pulmonares (derrame pericárdico moderado con grosor máximo de 2 cm. Leve derrame pleural bilateral. No signos de TEP.). Ingresa en planta. Durante su hospitalización se realiza ecocardiograma (normal), RMN cardiaca: grave engrosamiento pericárdico, edematoso y con áreas de fibrosis, con signos funcionales de constricción pericárdica. Sin signos de afectación miocárdica. Se trató con esteroides a dosis máximas, quedando asintomático.

**Juicio clínico:** Pericarditis aguda evolucionada a pericarditis constrictiva.

**Diagnóstico diferencial:** Cardiopatía isquémica. Disección aórtica. Insuficiencia cardiaca. Pericarditis/miopericarditis. Taponamiento pericárdico. Cardiomiopatía por estrés (Takotsubo). Tromboembolismo pulmonar. Neumotórax. Neumonía. Asma bronquial. Exacerbación de EPOC. Neoplasia pulmonar. Tuberculosis.

**Comentario final:** La pericarditis constrictiva se desarrolla por una pérdida de la elasticidad normal del saco pericárdico. Generalmente la pericarditis constrictiva suele ser crónica, pero también se puede presentar de forma subaguda, transitoria y de forma oculta. Es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras patologías potencialmente graves y sus

complicaciones.

### **Bibliografía**

1. Constrictive pericarditis. Uptodate, 2017.
2. Outpatient evaluation of the adult with chest pain. UpToDate, 2016.

**Palabras clave:** Dolor torácico. Pericarditis. Fiebre.