



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/1374 - DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA PLEUROPERICARDITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Fernández Barrio<sup>a</sup>, E. Nadal Fontané<sup>b</sup>, M. Guerrero Muñoz<sup>c</sup> y M. Forés Chacort<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Eulalia Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Santa Eulalia Sud. Barcelona. <sup>d</sup>Médico Adjunta. Tutora de Residentes. Centro de Atención Primaria Amadeu Torner. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 32 años, sin AMC, exfumador hace 10 años. A raíz de una caída hace 3 meses refiere episodios de dolor centrotorácico tipo pinchazo así como dolor pleurítico en ambos costados con sensación disneica que progresa hasta ser de mínimos esfuerzos. Refiere mejoría del dolor con la flexión anterior del tronco. Presenta desde hace un mes sudoración nocturna, fiebre (hasta 38,5 °C) y pérdida de peso no cuantificada. Niega otra sintomatología asociada ni contacto con personas con TBC o viajes recientes. Solicitamos Rx de tórax urgente en la que se objetiva derrame pleural bilateral y cardiomegalia y ECG con elevación cóncava del ST en caras inferior y anterior. Se orienta como pleuropericarditis derivándose a Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF: auscultación pulmonar con hipofonesis bibasal y cardiaca con dudoso roce pericárdico. Analítica: reactantes de fase aguda elevados (PCR 125,2 mg/L y leucocitosis), anemia microcítica y TP alargado. D-dímero elevado. Troponinas negativas. Serologías para hepatitis y VIH negativos. Ecocardiograma: Derrame pericárdico grave sin taponamiento cardiaco. Toracocentesis: exudado linfocitario, negativo para células malignas.

**Orientación diagnóstica:** Pleuropericarditis a estudio. Se inicia tratamiento antiinflamatorio (Ibuprofeno + colchicina). Dada la gravedad del derrame se decide ingreso en hospital. Tras descartar otras causas, y dada la buena respuesta al tratamiento se orienta como pleuropericarditis idiopática y se alta a domicilio.

**Diagnóstico diferencial:** Pleuropericarditis infecciosas (virus, bacterias, hongos, parásitos). Pleuropericarditis no infecciosa (autoinmunitaria, neoplásica, metabólica, traumática, inducida por fármacos). Pleuropericarditis idiopática.

**Comentario final:** En países desarrollados, aproximadamente el 80% de los casos, la etiología de la pleuropericarditis permanece indeterminada tras el proceso diagnóstico inicial asumiéndose que el origen es viral o idiopático. En países en desarrollo la causa más frecuente es la tuberculosis. Habitualmente los pacientes con pericarditis no requieren ingreso, debido a que puede comportarse como una patología relativamente benigna y autolimitada, por tanto, el tratamiento puede ser

ambulatorio.

## **Bibliografía**

1. Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. Guía ESC 2015 sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. *Rev Esp Cardiol.* 2015;68(12):1126.
2. Sagristá Sauleda J, Almenar Bonet L, Ángel Ferrer J, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en patología pericárdica. *Rev Esp Cardiol.* 2000;53:394-412.

**Palabras clave:** Pericarditis. Derrame pericárdico. Dolor torácico.