



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/3809 - MÁS ALLÁ DE UNA DISNEA

L. Panero Martínez^a, I. Díaz González^b, A. Sandoval Gutiérrez^a y E. García García^a

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinto. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Pinto. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 43 años de edad natural de Marruecos sin antecedentes personales de interés que consulta inicialmente por cuadro de malestar general de tres días de evolución con cefalea fronto-parietal, inestabilidad sin giro de objetos y sensación distérmica subjetiva. A los pocos días acude con clínica de disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos que empeora al acostarse sobre el lado izquierdo. Refiere además dolor torácico que relaciona con la inspiración profunda y febrícula de hasta 37,7 °C. Desde Atención Primaria solicitamos analítica, radiografía de tórax y ECG para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: TA 110/60. FC 70 lpm. Sat 98%. Consciente y orientada. Normocoloración de piel y mucosas. Eupneica en reposo. AC: rítmica. AP: MVC con hipofonesis 1/3 inferior de hemitórax derecho. Rx tórax: derrame pleural derecho loculado, sin poder descartar infiltrado subyacente. ECG: supradesnivelación de ST en II, III, y de V3-6, más marcado que en previo de 2016. Analítica: PCR 172,2 mg/L, leucocitos 17,12 10³, neutrófilos 15,01 10³, dímero D 6,35 mg/L. Toracocentesis: citología negativa, serologías inespecíficas, cultivo negativo, ADA negativo. Angio-TAC: sin evidencia de TEP. Derrame pleural bilateral y pericárdico. Ecocardiograma: función sistólica global y segmentaria normal. Insuficiencia aórtica ligera.

Orientación diagnóstica: Durante el ingreso se objetiva insuficiencia venosa yugular y se ausculta roce pericárdico por lo que tras valoración por Cardiología el diagnóstico de sospecha es de pleuropericarditis aguda

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar con entidades como cardiopatía isquémica, TEP, neumotórax, neumoperitoneo, neumonía, ansiedad... Nuestra paciente evolucionó favorablemente aunque meses más tarde sufrió de nuevo recaída.

Comentario final: En nuestro medio resulta fundamental la destreza del Médico de Familia que debe ser capaz de identificar datos de alarma que en ocasiones pueden pasar desapercibidos. La mayoría de los pacientes con pericarditis aguda (viral o idiopática) tienen buen pronóstico a largo plazo. Aunque en torno a un 15-30% sufren enfermedad recurrente o incesante y en general suelen ser los no tratados con colchicina, ya que ésta disminuye a la mitad la tasa de recurrencias.

Bibliografía

1. LeWinter MM. Clinical practice. Acute pericarditis. N Eng J Med. 2014;371:2410-6.

Palabras clave: Torácico. Derrame. Disnea.