



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/100 - LA MAGIA DE LA ANAMNESIS

C. García Balsalobre^a, E. Cañada Cámara^b, C. Celada Roldán^c, N. Martínez Navarro^b y M. Gómez López^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Murcia. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Murcia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Murcia. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 76 años, sin alergias medicamentosas, hipertensa y dislipémica. Sus antecedentes personales son: taquicardia paroxística supraventricular ablacionada, portadora de prótesis de rodilla y cadera derecha e Insuficiencia venosa crónica. Se encuentra en tratamiento crónico con: carvedilol, Micardis Plus, fluvastatina, prednisona, Pariet, Obalix, Meloxicam, y paracetamol. Jubilada, vive con su marido. La paciente acude a su Médico de Atención Primaria (MAP), por la aparición de lesiones pruriginosas en región dorsolumbar, pautándole tratamiento corticoideo tópico y oral y antihistamínico sin mejoría. Se deriva a Dermatología donde tras biopsia de las lesiones diagnostican a la paciente de urticaria, con pruebas de alergia negativas y le piden una analítica. La paciente consulta en urgencias por disnea donde a la exploración presenta hipoventilación basal izquierda, y lesiones dorsolumbares violáceas no dolorosas, que desaparecen a la digito presión.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica anodina y Rx de tórax donde destaca cardiomegalia, y derrame pleural en campo medio e inferior izquierdo. Ingresa en Cardiología donde se realiza ecocardiografía visualizando derrame pericárdico severo con colapso de cavidades derechas, lo que supuso su ingreso inmediato en UCI. Tras perocardiocentesis y tratamiento corticoideo la paciente es dada de alta hospitalaria con el diagnóstico de taponamiento cardiaco resuelto. La paciente vuelve nuevamente a su MAP donde tras una exhaustiva anamnesis comenta artralgias y rash cutáneo en cara que mejoraba con corticoides en su infancia, además de la persistencia de las lesiones dorsolumbares. Su médico llega a la conclusión tras la entrevista, y revisando la analíticas anteriores donde aparece ANA y anti Ro positivos, que se trataba de un lupus eritematoso sistémico.

Juicio clínico: Eritematoso sistémico complicado con taponamiento cardiaco.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, dermatitis, insuficiencia cardíaca.

Comentario final: Es básica una anamnesis exhaustiva, un seguimiento clínico y una revisión de pruebas anteriores para el diagnóstico. El médico de atención primaria es primordial a la hora de hacer un seguimiento de esta patología, habiendo debido perseverar hasta desnudar la patología reumática subyacente.

Bibliografía

1. Manresa JM, et al. Taponamiento cardíaco como presentación clínica de lupus eritematoso sistémico. *Rev Esp Cardiol.* 1997;50:600-2.
2. Aróstegui Lavilla J, et al. Cartas al director. Taponamiento cardíaco como manifestación inicial del lupus eritematoso sistémico. *An Med. Interna (Madrid).*