

Lanau Bellosta N, Coomonte Túnez P, Del Pueyo Parra M, Izquierdo Rodríguez C, Valle Salazar MB.
 Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza.
 Olivera Gonzalez S. Adjunta Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Introducción

El derrame pericárdico es la acumulación de líquido en la cavidad «virtual» existente entre el epicardio y el pericardio, que puede llegar a producir compromiso hemodinámico. Desde Atención Primaria es importante reconocer sus signos y síntomas debido a las posibles repercusiones de un diagnóstico tardío. Realizar una buena anamnesis y exploración es fundamental, sin demorar la derivación hospitalaria para su estudio etiológico y tratamiento.

Descripción del caso

Mujer de 80 años, sin alergias. Antecedentes: HTA, I.renal, ACxFA e I.Cardíaca. Tratamiento: Sintrom, Seguril.

Derivada dese At. Primaria por disnea, ortopnea, fiebre (38°C) y auscultación de roce pericárdico.

Exploración

Ingurgitación yugular, hepatomegalia y edemas pretibiales. Roce pericárdico y crepitantes basales.

Pruebas complementarias

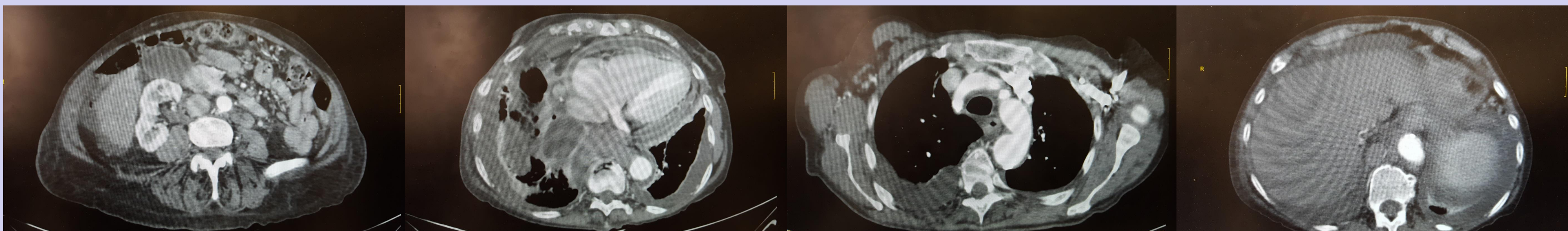
Radiografía de tórax: cardiomegalia, derrame pleural.

Ecocardiograma: derrame pericárdico sin taponamiento.



Evolución

Mala evolución pese al tratamiento con antiinflamatorios y colchicina. Tras descartar causas primarias, se solicita autoinmunidad (Anticuerpos anti Ro, Antinuclear (1/2560) y Anticardiolipina positivos) y Tomografía Computarizada (TC) (adenopatías infra y supradiafragmáticas que se biopsiaron).



Diagnóstico diferencial

Lupus vs linfoma. Descartado lupus (3 criterios de 4).

Diagnóstico

Linfoma.

Estrategia práctica de actuación

Sospecha clínica

1. Confirmación diagnóstica

ECOCARDIOGRAMA → Derrame pericárdico
 Si alta sospecha → TC o RM

2. Inestabilidad hemodinámica → Pericardiocentesis

(taponamiento pericárdico) → Manejo conservador

3. Estudio etiológico → Causas primarias

→ Tumores, infecciones (VIH, TBC), iatrogenia, conectivopatías...

*En ausencia de signos inflamatorios, la colchicina, corticoides y AINEs no suelen ser eficaces.

Bibliografía consultada

- Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: the task force for the diagnosis and management of pericardial diseases of the European Society of Cardiology Eur Heart J. 2015;36(42):2921–64.
- Mercé Klein, J. Enfermedades del pericardio. En: Rozman C, Cardellach F. Medicina interna. Vol I. XVIII. ed. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 536-544.
- Montoro JM, Alvarez F. Enfermedades del pericardio y síndrome aórtico agudo. En: Aguilar F, Bisbal O, Gomez C et al, editores. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 7ª. Ed. Madrid: MSD; 2015.p. 329-331.
- Braunwald E., Enfermedades del pericardio. En: Longo DL, Fauci AS, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18 a ed. México: Mc Graw-Hill; 2012.p. 1973-1978.
- Barry A Borlaug, MD, Malcom M De Camp, MD. Pericardial disease associated with malignancy. Up to date [Internet]. 2015[Citado 31 Jan 2017].