

# “ME CUESTA RESPIRAR PERO LA SATURACIÓN ESTÁ BIEN”

Rodríguez Elena, Lorena (1). Sarvise Mata, María (2). Rocca Jiménez, Marta (3). Silva-Pereira Mateus, Joao (4). Simón Serrano, Miguel (4). Quílez Cutillas, Beatriz (5). (1). Residente 3º año MFyC. CS San José Norte. Zaragoza. (2). Residente 3º año MFyC. CS Fuentes Norte. Zaragoza. (3). Residente 3º año MFyC. CS Almozara. Zaragoza. (4) Residente 3º año MFyC. CS Torrero- La Paz. Zaragoza. (5) Residente 3º año MFyC. CS Torraramona. Zaragoza.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 54 años, acude a Urgencias por **disnea de mínimos esfuerzos desde hace 2 días**. Los días previos tuvo pico febril de 38<sup>o</sup>.5C y piuria, recetándole tratamiento antibiótico. AP: pericarditis hace 15 años.

## EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

TA 139/76, Fc 95pm, SatO2 97%. Afebril. **Taquipneica** en reposo. AP: crepitantes inspiratorios e **hipoventilación** en base izquierda. AS: PCR 24. ProBNP 620. **Dímero D: 18364**.  
Rx tórax: cardiomegalia.  
TAC torácico: **derrame pericárdico masivo**.  
ETT: “swimming heart” **con compromiso hemodinámico**.  
UCI: drenaje pericárdico diferido con salida de 600 cc de aspecto inflamatorio. Autoinmunidad, Mantoux, serologías negativas.  
RMN cardiaca: miocardio de morfología normal.



## JUICIO CLÍNICO:

**Pericarditis Constrictiva**

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

TEP, Neumonía, Asma bronquial, Neumotórax.

## COMENTARIO FINAL:

La **disnea aguda** es una situación potencialmente grave y requiere un diagnóstico precoz y tratamiento urgente. La historia clínica y el examen físico nos orientan hacia una patología subyacente.

**No** debemos considerar de etiología psicógena a pacientes jóvenes con disnea cuando tienen una *pulsioximetría normal*, sin antes descartar el resto de causas.

Ante un **derrame pericárdico**, debemos de evaluar la repercusión hemodinámica y establecer la etiología con pruebas complementarias. En la mayoría de los casos de pericarditis constrictiva, no se identifica una causa concreta y es posible que muchas con etiología idiopática sean secuela de una pericarditis aguda inflamatoria no detectada clínicamente.

1. A.J. Muñoz-García et co. “Protocolo diagnóstico de la disnea aguda”. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

2. Sagristá Sauleda, Jaime et co. “Guías de práctica clínica de la SEC en patología pericárdica” Rev Esp Cardiol Vol. 53, Núm. 3, Marzo 2000; 394-412