

**H.G.U.A. CASO CERRADO 22/01/2020**  
**Mujer de 40 a. con pericarditis aguda e insuficiencia renal.**

**MOTIVO DE CONSULTA:** dolor torácico, disnea y tos.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** No hábitos tóxicos. No diabetes ni hipertensión ni dislipemias. No alergia a fármacos. Rinoconjuntivitis alérgica (epitelio de gato, Salsola y Plátano de sombra), con asma bronquial episódico que remitió tras inmunoterapia (en total 3 años). No cardiopatía ni broncopatía ni hepatopatía ni nefropatía ni varices ni gastropatía. Cadera izquierda en resorte con bursitis trocantérea.

Pseudotumor inflamatorio ojo izquierdo diagnosticado por biopsia hace 1 año, recibiendo prednisona oral 9 meses; histología: tejido fibrovascular con edema, fibrosis, folículos linfoides y marcada eosinofilia, sin datos de malignidad. Posteriormente ha tenido dolores musculares cambiantes y astenia, habiendo tomado dexketoprofeno e ibuprofeno.

**ENFERMEDAD ACTUAL:** Hace unas 2 semanas, pasó frío en su trabajo y tuvo contracturas dolorosas en ambas pantorrillas. A continuación inició un viaje en el que tuvo dolor opresivo centrotorácico que atribuyó a mialgias. Desde hace 1 semana tiene tos seca y en los últimos 3 días disnea de esfuerzo y dolor subclavicular izquierdo de perfil pleurítico. No fiebre ni síntomas catarrales. No expectoración ni palpitations. El dolor centrotorácico ha remitido al ingreso. Ritmo intestinal normal. Última menstruación 7 días antes de ingresar. 1 mes antes se realizó análisis general de sangre que fue normal e inició una dieta normocalórica supervisada por nutricionista.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:** T 1,64 m P 54 Kg (IMC 20). TA 107/81. FR 16/mn FC 100/mn. T<sup>a</sup> 36,9 ° C. Pulsioximetría basal: 97%. Consciente y orientada, bien perfundida, leve sequedad de mucosas, palidez de piel y mucosas. No IY ni RHY. No bocio ni adenopatías periféricas palpables. AC: roce pericárdico (sistólico y diastólico que se intensifica en inspiración); taquicardia rítmica. AP: soplo tubárico en lóbulo inferior izquierdo con hipofonesis; no estertores de burbuja ni sibilancias. Abdomen blando, no doloroso, sin visceromegalias ni masas; timpanismo en marco cólico; peristaltismo normal. No varices ni edemas periféricos; pulsos periféricos normales. No petequias ni otras alteraciones cutáneas. No artritis.

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:**

SANGRE (en Urgencias): Hb 9,7 (VCM 87) Leucocitos 8.000 (fórmula normal) Plaquetas 701.000 Dímero-D 6.380 Glucosa 97 Urea 38 Creatinina 2,1 Na 141 K 4,7 GOT 36.

SANGRE (a las 24 h): Hb 7,4 (reticulocitos 1,6% 49.572/ul, test de Coombs directo negativo) Leucocitos 6.900 Plaquetas 623.000 Glucosa 90 Urea 44 Creatinina 2,3 Na 141 K 5,2 BT 0,3 GOT 32 GPT 27 GGT 39 CK 102 Troponina-I <0,01.

ORINA: densidad 1015 pH 5,0 negativa para proteínas. Sedimento con 10-12 hematíes/campo, sin cilindros ni leucocitos. Na 56 Creatinina 94 excreción fraccionada de sodio: 1%.

SANGRE (a las 48 h): Hb 6,6 (VCM 94) Leucocitos 6,760 (N 4,850 L 1,070 M 570) Plaquetas 640.000 fibrinógeno 783 Tiempo de Protrombina 67% (INR 1,23) Dímero D 2.171ng/ml Urea 48 Creatinina 2,45 Fe 17 Transferrina 159 (IST 8%) Ferritina 159. GASOMETRÍA VENOSA: pH 7,36 Bicarbonato 21.

SANGRE (a las 96h y post-trasfusión de 2 C.H.): VSG 100 PCR 1,4 mg/dl (N <0,5) Hb 8,8 Leucocitos 10,250 Plaquetas 694.000 Glucosa 92 Urea 79 Creatinina 3,1 Na140 K 5,1 Bilirrubina total 0,3 Proteínas totales 5,4 Albúmina 2,8 Ácido úrico 5,2 Colesterol 128 Triglicéridos 136 GOT 31 GPT 35 GGT 45 LDH 283 (N <214) FA 101 (N <104) Ca 8,6 P 4,3 PTH 73 pg/ml TSH 2,64 uUI/ml T4l 1,31 ng/dl Haptoglobina 360 mg/dl (N 30-200). Proteinograma normal; IgM 116 mg/dl IgG 933 mg/dl IgA 146 mg/dl C3 139 mg/dl C4 31 mg/dl. Se cursó estudio de autoinmunidad. ORINA 24 h (diuresis 4.700 ml): Microalbuminuria 129 mg/24 horas.

ECG (en Urgencias): ritmo sinusal a 94/mn, PR y ST a nivel, QRS estrecho con eje a +60° y sin rotación, T negativas en V1-V3, sin otros hallazgos.

Rx TÓRAX (en Urgencias): cardiomegalia global, derrame pleural izquierdo 1/3, sin otros hallazgos.

TAC TORÁCICA SIMPLE (a las 24h): moderado-marcado derrame pericárdico de distribución generalizada, con abundante derrame pleural izquierdo y escaso derrame pleural derecho, junto con parcial componente atelectásico pasivo adyacente de ambos lóbulos inferiores; estructuras óseas conservadas; sin otros hallazgos significativos.

ECOGRAFÍA ABDÓMINO-PÉLVICA (a las 72 h): abundante derrame pleural izquierdo y pequeño líquido libre entreasas y en fondo de saco de Douglas; ambos riñones están aumentados de tamaño, miden de 13- 15 cm de eje mayor cada uno y presenta un deterioro de la relación córtico-medular; no se aprecian imágenes sugestivas de litiasis o dilatación de las vías urinarias; resto de exploración sin hallazgos significativos.

ECOCARDIOGRAFÍA-DOPPLER TRANSTORÁCICA (a las 72 h): derrame pericárdico leve sin repercusión hemodinámica, buen ventrículo izquierdo con funciones sistólica y diastólica conservadas, insuficiencia mitral trivial.

**Se derivó a la paciente a otro Centro para completar estudio e iniciar tratamiento.**