

SESIÓN CLÍNICA
Medicina Interna
MIR: Dra Álvarez
Adjunta: Dra Carracedo

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Independiente para ABVD. Trabajó en el campo como ama de casa.
- No tóxicos.
- Alergia a quinolonas.
- FRCV: HTA.
- **Cardiopatía isquémica** tipo angor de esfuerzo (2015) con ateromatosis coronaria de 1 vaso (DA distal con estenosis moderada, no significativa) y posible vasoespasma asociado, en seguimiento por Cardiología, con buena respuesta a nitratos y Ca-antagonistas.
- **Brucelosis en la juventud** con afectación lumbar significativa (refiere que “tuvo que tomar muchos calmantes”).
- Diverticulosis colónica.
- Adenocarcinoma de endometrio de tipo endometriode, bien diferenciado (grado 1 de la FIGO y grado nuclear 1 de 15 mm de diámetro máximo que infiltra menos de la mitad del espesor miometrial (5/15 mm) estadio PT1A G1N0M0, se realizó histerectomía + doble anexectomía en junio/2017 sin precisar tratamiento en adyuvancia, en seguimiento por Ginecología, última revisión (**1 mes previo a la consulta de MI**) en situación de remisión).
- Artrosis cervical.
- IQ: quiste de inclusión en canto externo ojo izdo y nevus intradérmico en cola ceja párpado superior izdo totalmente extirpado.



TRATAMIENTO HABITUAL:

DILUTOL 10 MG: 1-0-0, CONDROSULF: 2-0-0, UNIKET RETARD: 0-1-0, LACEROL 60: 1-0-1 y ADIRO 100: 0-1-0.

MOTIVO DE CONSULTA:

Remitida desde la consulta de Cardiología por evidencia de derrame pericárdico moderado al realizar ETT rutinario en la consulta.

CLÍNICA

- Refiere cuadro de unas semanas de evolución de **disnea de moderados esfuerzos**, no ortopnea ni crisis de DPN. No dolor torácico. No palpitaciones. No oliguria subjetiva aunque si tendencia a edemas bimaolares.
- **Astenia intensa** sin hiporexia ni pérdida significativa de peso.
- Afebril.
- No sudoración nocturna.
- No lesiones cutáneas ni prurito. No artralgias ni mialgias.
- Dolor a nivel de talón izquierdo **al iniciar la deambulación pero que cede de manera espontánea**.
- No otra clínica significativa asociada.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Constantes: PA: 128/77, FC: 80 lpm, SaO₂: 95% basal.
- COC. BEG, hidratada, normocoloreada, eupneica basal.
- CyC: no aumento de PVY, no edemas palpebrales.
- No adenopatías periféricas.
- AC: rítmica a 80 lpm, sin soplos, no roce pericárdico audible.
- AP: MVC.
- Abdomen: globuloso, blando y depresible, no doloroso, RHAЕ +, Blumberg negativo.
- EEII: **edemas bimaolares**, no datos de TVP, pedios +.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ANALÍTICA

- Hemograma: Leucocitos 5000 (FN), Hb 15, VCM 91.8, Plaquetas 153.000. VSG: 19.
- Bioquímica: GLu 99, Urea 43, ácido úrico 5.1, Cr 0.59, FG 90. PFH: normales. Prot T: 6.5. Perfil lipídico: CT 232, TG 65, HDLc 83, LDLc 136. Ca 9, P 3.04, LDH 233. Na 143, K 4.6. Serie férrica: Fe 88, TF 233, ferritina 182, IST: 38%. Albúmina: 3.73. PCR 1.7. Vitamina B12: 303. Ácido fólico: 18.6. Hormonas tiroideas: normales. HbA1C: 5.3%.
- Coagulación: TP 100%, INR 0.9.

PROTEINOGRAMA

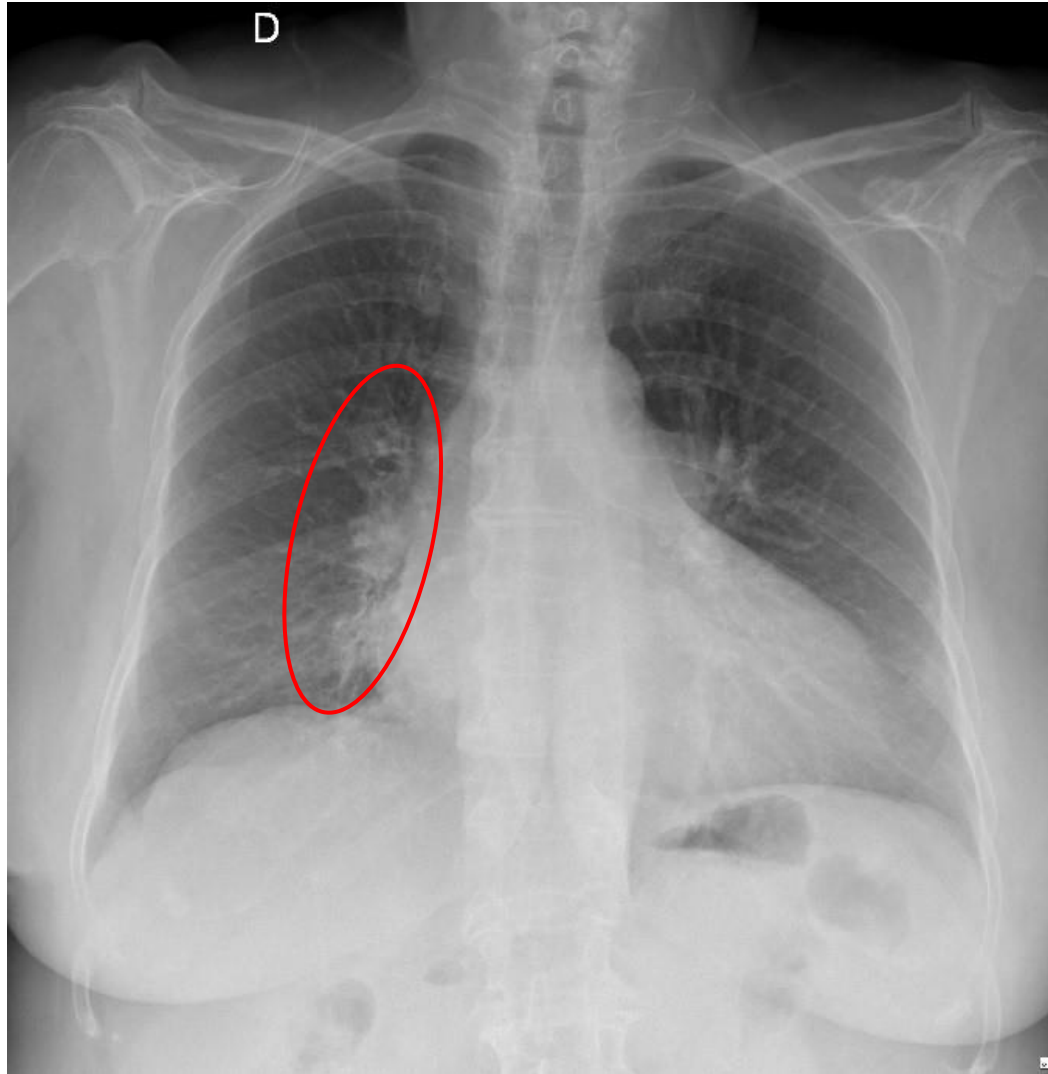
Proteinograma: perfil beta-gamma alterado, realizar seguimiento. Dosificación de Ig: normales.

MARCADORES TUMORALES

CEA, CA 12.5, CA 19.9, CA 15.3, B2-microglobulina, a-fetoproteína, CA 72.4, NSE y SCC: normales.

ORINA SISTEMÁTICO Y SEDIMENTO





RADIOGRAFÍA TÓRAX:

Marco óseo normal. ICT aumentado. Hilios prominentes, Adenopatías?, Redistribución vascular. No condensación, no derrame.

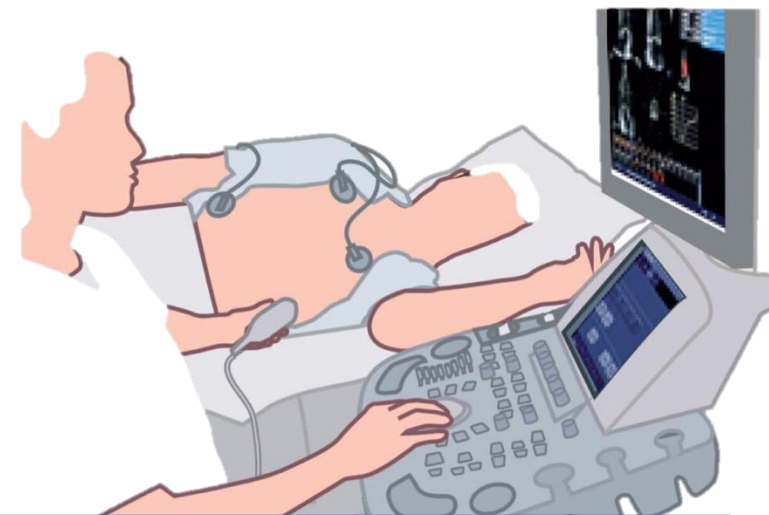
ECOCARDIOGRAMA:

Mala ventana. VI no dilatado ni hipertrofiado. No alteraciones e la contractilidad segmentaria. FEVI normal. VD no dilatado con FEVD que impresiona de normal.

Aurículas no dilatadas. Válvula aórtica trivalva con apertura conservada, sin gradiente significativo. IM ligera. No detecto IT para PAPS.

Aorta ascendente visualizada no dilatada. Derrame pericárdico moderado, posterior, lateral y preVD, fibrina??. No datos de compromiso hemodinámico en flujo transmitral

Vena cava inferior no dilata con reducción mayor 50% con la inspiración.



ELECTROCARDIOGRAMA: RS a 75 lpm, QRS a 0°, PR 0.16, ondas T negativas en cara anterolateral, bajos voltajes.

RESUMEN:

- Mujer 75 años. Trabajó en el campo. Brucelosis en la infancia (AINES?). HTA. Cardiopatía isquémica controlada con fármacos, no disfunción valvular.
- Derrame pericárdico asociado a disnea de esfuerzo y astenia intensa de semanas de evolución, carácter subagudo. Dolor en talón tipo inflamatorio.
- Analítica: sin anemia, RFA, PFH, tiroides normales.
- Marcadores tumorales negativos.
- Orina: proteinuria (ACRO 1767.4, albuminuria 228, proteínas 500).
- No disfunción cardíaca en ECO ni ECG. RX sin condensaciones ni derrame, hilios prominentes vs adenopatías.



Idiopathic (presumed to be viral or immune-mediated)

In most case series, the majority of patients are not found to have an identifiable cause of pericardial disease. Frequently such cases are presumed to have a viral or autoimmune etiology.

Infectious

Viral – Coxsackievirus, echovirus, adenovirus, Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, influenza, varicella, rubella, HIV, hepatitis B, mumps, parvovirus B19, vaccinia (smallpox vaccine), SARS-CoV-2

Bacterial – *Mycobacterium tuberculosis* (most common cause in countries where tuberculosis is endemic), *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Haemophilus*, *Neisseria* (*N. gonorrhoeae* or *N. meningitidis*), *Chlamydia* (*C. psittaci* or *C. trachomatis*), *Legionella*, *Salmonella*, *Borrelia burgdorferi* (the cause of Lyme disease), *Mycoplasma*, *Actinomyces*, *Nocardia*, *Tropheryma whippelii*, *Treponema*, *Rickettsia*

Fungal – *Histoplasma*, *Aspergillus*, *Blastomyces*, *Coccidioides*, *Candida*

Parasitic – *Echinococcus*, amebic, *Toxoplasma*

Noninfectious

Autoimmune and autoinflammatory

Systemic inflammatory diseases, especially lupus, rheumatoid arthritis, scleroderma, Sjögren syndrome, vasculitis, mixed connective disease

Autoinflammatory diseases (especially familial Mediterranean fever and tumor necrosis factor associated periodic syndrome [TRAPS], IgG4-related disease)

Postcardiac injury syndromes (immune-mediated after cardiac trauma in predisposed individuals)

Other – Granulomatosis with polyangiitis, polyarteritis nodosa, sarcoidosis, inflammatory bowel disease (Crohn, ulcerative colitis), Whipple, giant cell arteritis, Behçet syndrome, rheumatic fever, vaccines

Noninfectious
Neoplasm
Metastatic - Lung or breast cancer, Hodgkin disease, leukemia, melanoma
Primary - Rhabdomyosarcoma, teratoma, fibroma, lipoma, leiomyoma, angioma
Paraneoplastic
Cardiac
Early infarction pericarditis
Myocarditis
Dissecting aortic aneurysm
Trauma
Blunt
Penetrating
Iatrogenic - Catheter and pacemaker perforations, cardiopulmonary resuscitation, complication of thoracic surgery
Metabolic
Hypothyroidism (primarily pericardial effusion)
Uremia
Ovarian hyperstimulation syndrome
Radiation
Drugs (rare)
Procainamide, isoniazid, or hydralazine as part of drug-induced lupus
Other - Cromolyn sodium, dantrolene, methysergide, anticoagulants, thrombolytics, phenytoin, penicillin, phenylbutazone,

Remisión hace un mes,
marcadores negativos.

Clínica más aguda,
compromiso hemodinámico,
alteraciones estructurales, no
eventos compatibles recogidos
en la HC

Hormonas tiroideas normales
Función renal conservada

CAUSA INFECCIOSA

VIRAL:

- Etiología más común: coxackie A y B, VIH, VHB, VHC, VHS, CMV, Epstein Bar, parvovirus B19...
- El derrame frecuentemente se asocia a pericarditis.
- Clínica más aguda: opresión torácica, mejoría con la sedestación, disnea...
- Suele desaparecer sin dejar secuelas.

BACTERIANA:

- Microorganismos que pueden causar derrame al afectar el pericardio desde foco torácico adyacente, o a distancia (vía hematógica).
- Los más frecuentes (*S.aureus*) suelen asociar pericarditis y clínica tipo fiebre alta, taquicardia, dolor torácico...
- *Micobacterium tuberculosis*: clínica subaguda/asintomático, el foco primario puede persistir oculto o tratarse de una reactivación.
 - Características del líquido: típicamente exudativo con alto contenido de proteínas y aumento de recuento de leucocitos. La fibrina suele aparecer indicando larga evolución y persistencia de la infección.
 - Puede tener afectación renal: piuria, proteinuria en rango no nefrótico, HTA.

HONGOS Y PARÁSITOS:

- Zonas endémicas.
- Pacientes inmunocomprometidos.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

	Puntos
Manifestaciones constitucionales	
Fiebre	2
Manifestaciones cutáneas	
Alopecia	2
Úlceras orales	2
Lupus cutáneo subagudo o lupus discoide	4
Lupus cutáneo agudo	6
Manifestaciones articulares	
Sinovitis o dolor en al menos 2 articulaciones	6
Manifestaciones neuropsiquiátricas	
Delirios	2
Psicosis	3
Convulsiones	5
Serositis	
<u>Derrame pleural o pericárdico</u>	5
Pericarditis aguda	6
Manifestaciones hematológicas	
Leucopenia	3
Thrombocitopenia	4
Hemolisis autoinmune	4
<u>Manifestaciones renales</u>	
Proteinuria >0,5 g/24h	4
Class II o V nefritis lúpica	8
Class III o IV nefritis lúpica	10

- Más frecuente en mujeres en edad fértil.

ARTRITIS REUMATOIDE

Artritis

Manifestaciones extraarticulares:

- Anemia
- Pleuritis, fibrosis intersticial..
- Pericarditis, puede asociar derrame asintomático con glu baja...
- Patología renal si asocia amiloidosis (AR de larga evolución, hepatoesplenomegalia...)

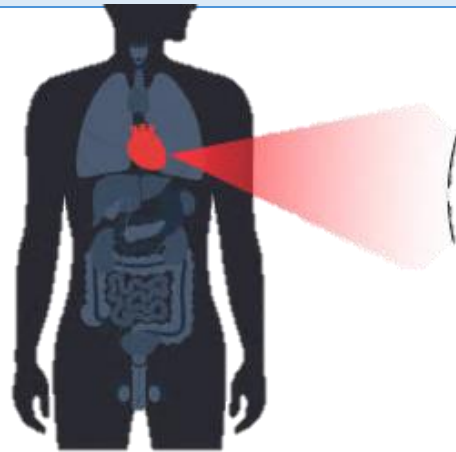
- Más frecuente en mujeres en 4^a-6^a década



Necesidad de parametros analíticos ...

OTRAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN CON DERRAME PERICÁRDICO:

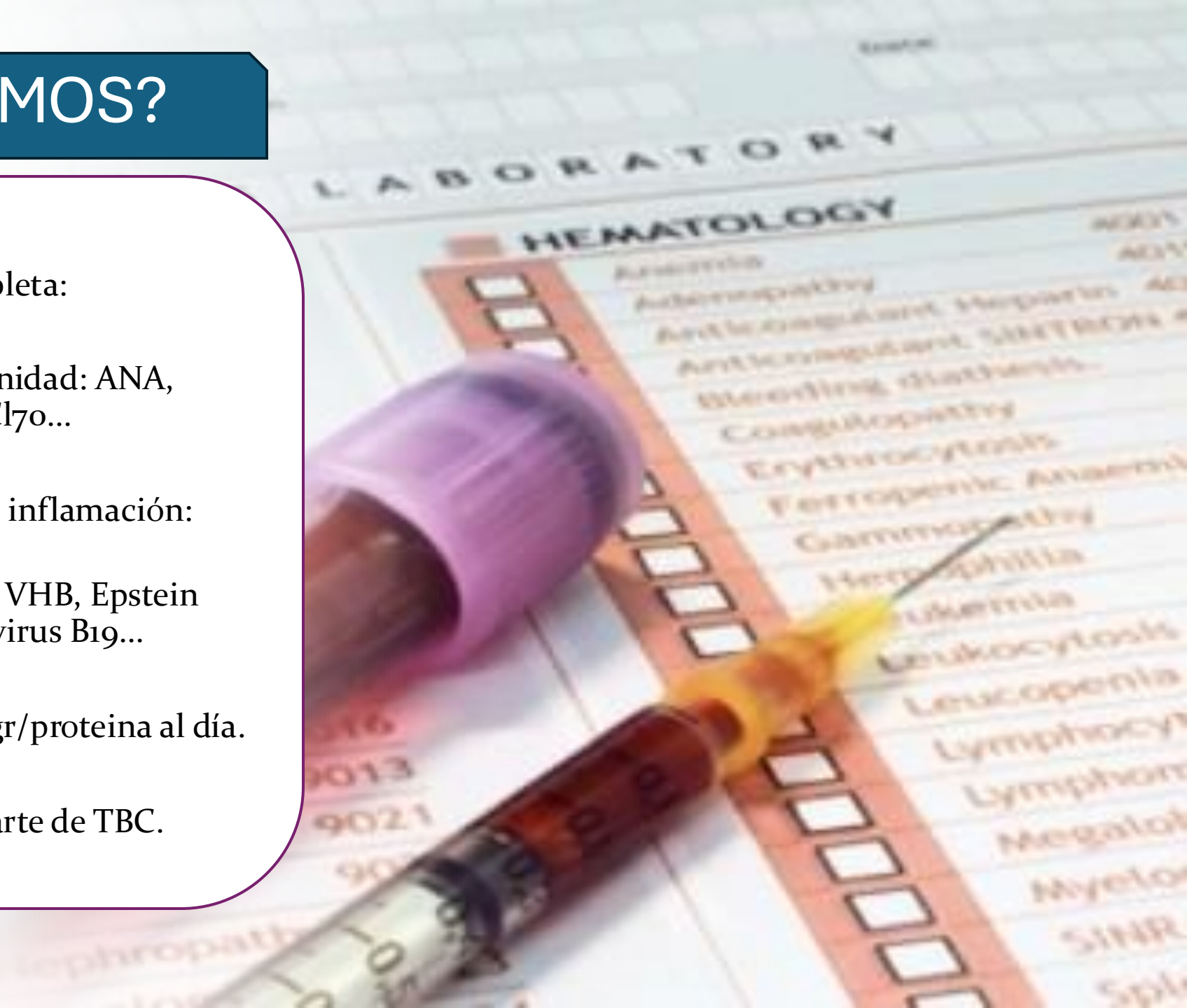
- **ESCLEROSIS SISTÉMICA:** miositis, HTA, afectación renal aunque rápidamente progresiva. No clínica cutánea ni
- **SARCOIDOSIS:** adenopatías hiliares en Rx, afectación renal con proteinuria, depósito en serosas que justificaría el derrame.
- **AMILOIDOSIS SECUNDARIA A:**
 - Enfermedad autoinmune (LES, AR...)
 - Enfermedad autoinflamatoria (FMF)
 - Infección crónica como TBC.
 - Neoplasias (Linfoma Hodking)



Proteinuria	Derrame pericárdico	Disnea, astenia	A/S	ORINA
DM II	---	---	Glu elevada, HbA1C	Macro/ microalbuminuria
TBC	+++	+/- Asintomático	Parámetros de infección/ anodina	Piuria estéril
LES	++++	++ Artromialgias	ANAs+ y antiDNA+ Complemento bajo	Proteinuria en rango no nefrótico +- microhematuria
NEFROPATÍA POR AINES				Proteinuria tubular

¿QUE HACEMOS?

- Solicitar analítica más completa:
 - Marcadores autoinmunidad: ANA, antiDNadc, FR, antiScl70...
 - Enzima ECA.
 - Repetir marcadores de inflamación: LDH, PCR, VSG.
 - Serologías: VIH, VHC, VHB, Epstein bar, CMV, VHS, parvovirus B19...
- Orina de 24h para calcular gr/proteína al día.
- Mantoux / interferón: descarte de TBC.



PERICARDIOCENTESIS



INDICACIONES:

- Taponamiento.
- Signos de pericarditis purulenta.
- Derrame de larga evolución evitar riesgo de taponamiento.
- Como herramienta diagnóstica.

- Análisis bioquímico: niveles de glucosa, albúmina, ADA...
- Cultivo: medio lowestein (descarte TBC)
- PCR virus y bacterias.
- Examen microscópico:
 - Para contaje de leucos, hematíes...
 - Citología en búsqueda de células malignas.
 - Tinción GRAM, Ziehl-Neelsen

A top-down view of various medical supplies on a light blue background. In the upper center, there is a blister pack of white, round tablets. To its right, several white, oval-shaped capsules are scattered. A black stethoscope is positioned in the upper left and center. In the lower left, there are two small glass ampoules containing clear liquid, a white pipette, and a white syringe. The word "GRACIAS!!!!" is centered in a dark blue rounded rectangle in the lower half of the image.

GRACIAS!!!!