



Paciente con dolor torácico, disnea progresiva y signos de congestión venosa sistémica

2020/2021- Bases de la Medicina Interna II, 3º. Tutor: José Antonio Ramírez Hernández

Ramón Jesús Pinilla Raya, Marta Quesada Alonso, Arianna Raicich, Manuel Ramírez Luna, Juan Ramos Carrasco, Laura Ratia Muñoz, Mª José Reche Castillo, Alicia Rey Berenguel, Nuria Reyes Clemente, Sandra Ribes Hernández, Leonardo Rigotto



Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Motivo de consulta

Paciente varón de 69 años, que consultó hace 1 mes por disnea, dolor torácico con esfuerzos moderados y signos de congestión venosa sistémica, que se evaluó y se trató con β -bloqueantes, pero no mejoró y siguió sintomático.

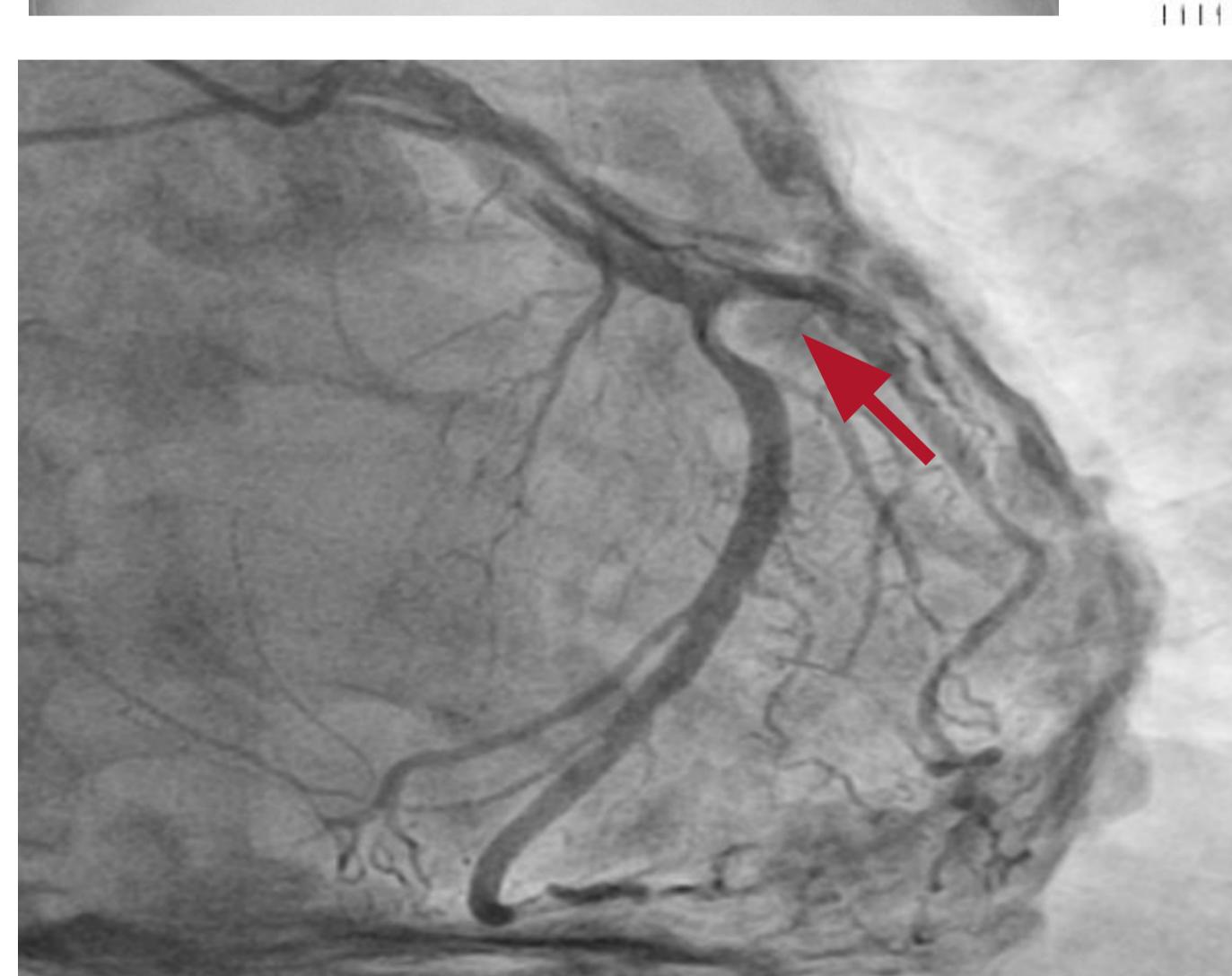
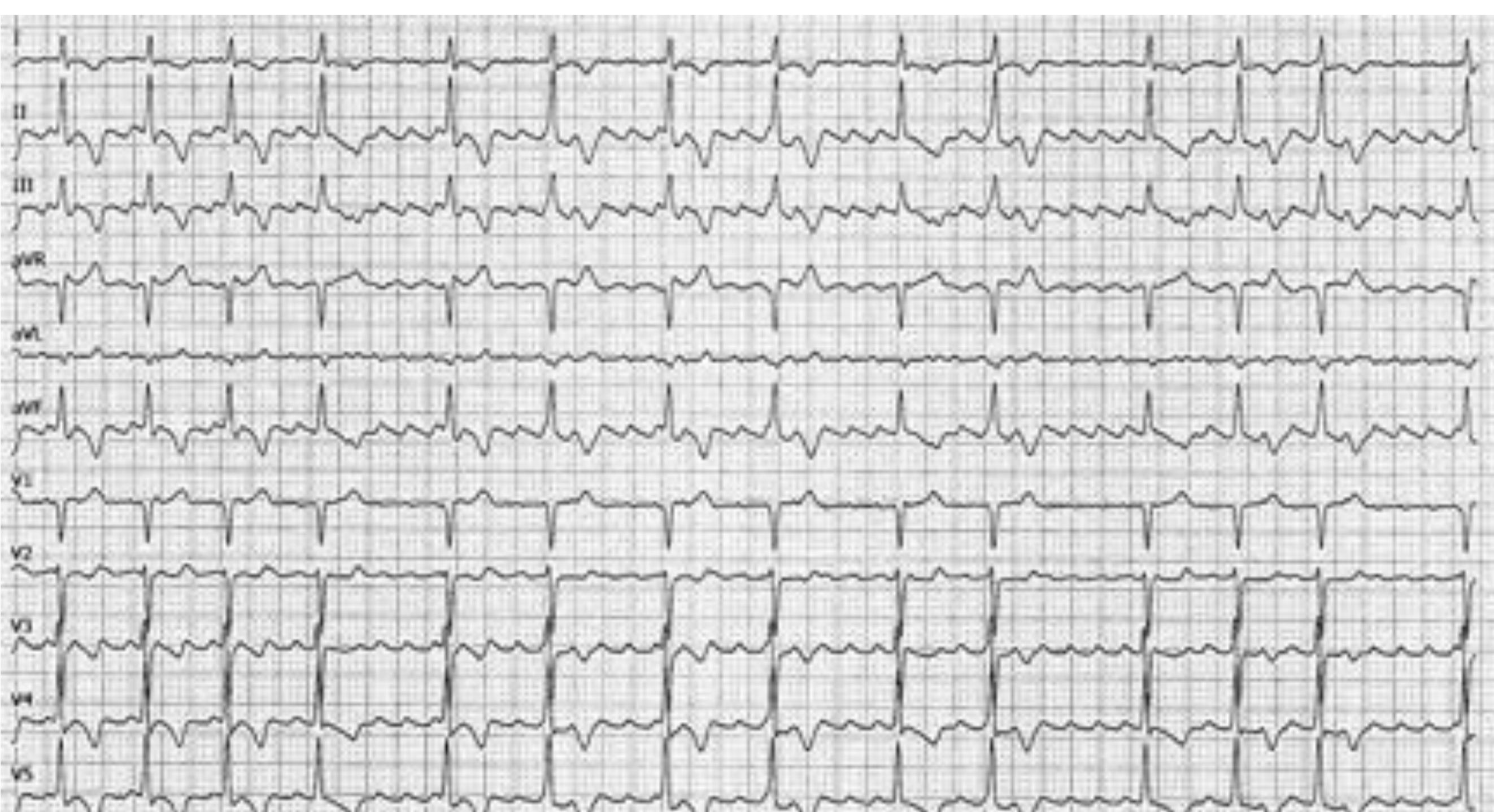
Al mes siguiente vuelve a urgencias con disnea y dolor torácico con mínimos esfuerzos incluso en reposo e ingresa en cardiología.

Exploración física y exploraciones complementarias

En la primera consulta, la exploración física revela presión venosa yugular elevada con Signo de Kussmaul, hepatomegalia, ascitis y edemas en miembro inferior que superan la altura de la rodilla. Tensión 110-60 (regulada por medicación) y pulso arrítmico a 100 lpm. Asimismo, se realiza ECG donde se observa Flutter auricular y el ecocardiograma muestra dilatación moderada de las aurículas, vena cava y del seno coronario.

En la segunda consulta, se realiza Rx tórax donde se observa una marcada calcificación pericárdica y sobre-elevación de hemidiafragma derecho. Además, se realiza cateterismo donde hay igualamiento de las presiones diastólicas ventriculares y signo de Dipp-plateau. En el angiograma coronario identificamos una obstrucción total en el tercio medio de la arteria descendente anterior, además de un estrechamiento de la arteria circunflexa. Finalmente, se realiza un TAC para confirmar la calcificación pericárdica completa.

Resultados de las exploraciones



Conclusiones

En cuanto a los resultados, podemos relacionar los signos de congestión venosa sistémica con una insuficiencia cardíaca derecha, que a su vez provoca la angina progresiva y la disnea. Mediante las pruebas complementarias podemos diagnosticar que se trata de **pericarditis constrictiva**, que se ve más claramente en los signos del cateterismo y las calcificaciones de la radiografía y el TAC. Es necesario orientar nuestra actuación al control de los signos, mediante el uso de diuréticos, restricción de sal y seguimiento de la actividad cardíaca; ya que la única opción terapéutica definitiva es la pericardiectomía.

Referencias bibliográficas

1. Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e.
2. European society of cardiology. Milking effects of the circumflex coronary artery in calcific constrictive pericarditis.

Agradecimiento especial al profesor José Antonio Ramírez Hernández, por facilitarnos los datos que hicieron posible el estudio de este caso clínico.